

Fondazione Teresa Camplani

*Relazione Annuale
Risultati Raggiunti
Miglioramento Qualità*

Anno 2024

Premessa

La qualità e il rischio, sono interconnessi nel miglioramento continuo di un'organizzazione. La gestione della qualità e la gestione del rischio sono due attività complementari.

Mentre la qualità si concentra sul miglioramento dei processi, la gestione del rischio si concentra sull'identificazione e sulla riduzione dei pericoli che potrebbero compromettere tale qualità. L'integrazione di entrambe le pratiche porta a un ambiente di lavoro più sicuro ed efficiente.

La qualità non è solo un obiettivo da raggiungere, ma anche un potente strumento per la gestione del rischio. Le procedure e le pratiche di qualità aiutano a identificare, valutare e mitigare i rischi potenziali in tutti i processi aziendali. In questo modo, si riduce la probabilità che si verifichino eventi dannosi, migliorando l'affidabilità e la sicurezza.

Una solida cultura della qualità implica che tutti i membri dell'organizzazione siano consapevoli dei rischi e delle potenziali problematiche. La promozione di questa cultura permette di anticipare i rischi, ridurre gli errori e prevenire situazioni pericolose o dannose, promuovendo l'affidabilità e la continuità dell'organizzazione.

In sintesi, la qualità e il rischio non sono concetti separati: una gestione efficace della qualità contribuisce in modo determinante a ridurre i rischi, migliorando la sicurezza, l'affidabilità e la sostenibilità dell'organizzazione.

ATTIVITA'

Nel 2024, analogamente all'anno precedente, l'Ufficio Qualità, Rischio e Accreditamento Fondazione (QRAF) ha proseguito il lavoro di redazione e aggiornamento delle Procedure del Sistema Documentale della Fondazione (SDF) e di Presidio (Fondazione Brescia FBS, Fondazione Cremona FCR, Fondazione Mantova FMN) con l'obiettivo di armonizzare il Sistema Documentale Aziendale.

Inoltre, l'Ufficio ha valutato l'implementazione e l'applicazione di queste Procedure all'interno dei vari ambiti della Fondazione Teresa Camplani (FTC), attraverso attività di Audit Interni.

Contemporaneamente, l'Ufficio ha continuato a gestire l'Accreditamento Istituzionale, assicurando l'aggiornamento continuo e l'implementazione della documentazione necessaria al mantenimento dei requisiti stabiliti dalla normativa Regione Lombardia.

CAMPO DI ATTIVITA'

Gestione del Sistema Documentale

Gestione degli Audit

Gestione delle Attività di Consulenza

Gestione dei Gruppi di Lavoro

Gestione rete Referenti Qualità Locale (RQL)

Gestione Non Conformità

Gestione del Rischio

Gestione Accreditamento

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 2024, l'Ufficio QRAF ha redatto e revisionato procedure trasversali (SDF), oltre ad aver fornito supporto ai Referenti della Qualità Locale 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	NUOVA EMISSIONE	REVISIONATE
SDF	14	22
Casa di Cura Domus Salutis – Brescia	18	3
Casa di Cura Ancelle della Carità – Cremona	8	1
Casa di Cura San Clemente – Mantova	3	9

DOCUMENTI PUBBLICATI		
<i>Documento</i>	SISTEMA DOCUMENTALE di FONDAZIONE (SDF)	<i>Revisione</i>
P-SDF.AF02	<i>Gestione Distribuzione Attestati Formazione Interna</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF.FARM01	<i>Gestione del Farmaco in Farmacia</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF02	<i>Gestione Mezzi e Canali di Comunicazione</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF03	<i>Linee di Indirizzo Aziendali Gestione del Rischio</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF04	<i>Gestione del Consenso Informato</i>	<i>Rev.03</i>
P-SDF05	<i>Gestione non Conformità</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF11	<i>Linee di Indirizzo per Redazione Procedura UO/Servizio</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF12	<i>Gestione Cartella Clinica Elettronica</i>	<i>Rev.02</i>
P-SDF14	<i>Regolamento Nucleo Interno di Controllo (NIC)</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF19	<i>Comitato Valutazione Sinistri e Gestione Sinistri</i>	<i>Rev. 01</i>
P-SDF20	<i>Gestione Attività di Sperimentazione Clinica</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF27	<i>Gestione Assenze Partecipanti e Docenti</i>	<i>Rev.01</i>

P-SDF28	<i>Gestione Notifica di Violazione sui Dati Personali</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF34	<i>Gestione Identificazione Paziente Utente</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF35	<i>Regolamento Comitato Aziendale Controllo ICA</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF36	<i>Gestione Frequenza Volontaria</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF40	<i>Gestione Utilizzo Automezzi Aziendali</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF46	<i>Gestione Presa in Carico Paziente FR in UdO Hospice</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF-51	<i>Rilevazione Fabbisogno e Approvvigionamento dei Gas Medicali</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF52	<i>Ufficio Relazioni con il Pubblico</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF53	<i>Gestione Processo Comodato d'Uso</i>	
P-SDF59	<i>Gestione Ricettari Medici</i>	<i>Rev.02</i>
P-SDF60	<i>Gestione Malnutrizione</i>	
P-SDF61	<i>Gestione Urgenza Emergenza</i>	
P-SDF62	<i>Gestione Trasferimenti</i>	
P-SDF63	<i>Sanificazione Ambientale</i>	
P-SDF64	<i>Gestione Decesso</i>	<i>Rev.01</i>
P-SDF.LAB01	<i>Organizzazione Laboratorio Analisi</i>	
P-SDF.LAB02	<i>Gestione Centro Punto Prelievi</i>	
P-SDF.LAB03	<i>Gestione Campione Biologico</i>	
P-SDF.LAB04	<i>Gestione Valori Critici</i>	
P-SDF.LAB05	<i>Point of Care</i>	
P-SDF.LAB06	<i>Gestione Referti</i>	
P-SDF.LAB07	<i>Gestione Controllo Qualita' Interna e Esterna</i>	
P-SDF.LAB08	<i>Gestione Indicatori e Piano di Miglioramento</i>	

<i>Documento</i>	SISTEMA DOCUMENTALE FONDAZIONE BRESCIA (BS)	<i>Revisione</i>
P-FBS1D.01	<i>Gestione Paziente in Riabilitazione Neurogeriatrica</i>	<i>Rev.01</i>
P-FBS.HA01	<i>Gestione Paziente in Cure Palliative Hospice A</i>	<i>Rev.02</i>
P-FBS.HA06	<i>Gestione Audit Clinico nel Contesto Cure Palliative</i>	
P-FBS.HA07	<i>Principali Procedure Diagnostico Terapeutiche</i>	
P-FBS.HA08	<i>Gestione Delirium</i>	
P-FBS.HA09	<i>Gestione Sintomi in CP</i>	
P-FBS.HA10	<i>Gestione Sedazione Palliativa</i>	
P-FBS.HA11	<i>Gestione Nutrizione Idratazione</i>	
P-FBS.HA12	<i>Gestione del Dolore</i>	
P-FBS.HB01	<i>Gestione Paziente in Cure Palliative Hospice B</i>	<i>Rev.02</i>
P-FBS.HB05	<i>Gestione Audit Clinico in Cure Palliative</i>	
P-FBS.HB06	<i>Principali Procedure Diagnostico Terapeutiche</i>	
P-FBS.HB07	<i>Gestione Delirium</i>	
P-FBS.HB08	<i>Gestione Sintomi in CP</i>	
P-FBS.HB09	<i>Gestione Sedazione Palliativa</i>	
P-FBS.HB10	<i>Gestione Nutrizione Idratazione</i>	
P-FBS.HB11	<i>Gestione del Dolore</i>	
P-FBS.HB11	<i>Gestione del Dolore</i>	

P-FBS.UCPDOM01	<i>Gestione Paziente nelle Cure Palliative Domiciliari</i>	
P-FBS.UCPDOM02	<i>Principali Quadri Evolutivi Urgenti in Cure Palliative</i>	
P-FBS.UCPDOM03	<i>Principali Procedure Diagnostiche Terapeutiche</i>	
P-FBS.UCPDOM04	<i>Gestione Audit Clinico nel Contesto Cure Palliative</i>	

<i>Documento</i>	SISTEMA DOCUMENTALE FONDAZIONE CREMONA (CR)	<i>Revisione</i>
P-FCR.H01	<i>Gestione Paziente in UdO Hospice</i>	<i>Rev.02</i>
P-FCR.H02	<i>Gestione Cure Complementari Aromaterapia e Terapia del Tocco</i>	
P-FCR.H03	<i>Gestione Audit Clinico nelle Cure Palliative</i>	
P-FCR.H04	<i>Principali Procedure Diagnostico Terapeutiche</i>	
P-FCR.H05	<i>Gestione Delirium</i>	
P-FCR.H06	<i>Gestione Sintomi Cure Palliative</i>	
P-FCR.H07	<i>Gestione Sedazione Palliativa</i>	
P-FCR.H08	<i>Gestione Nutrizione e Idratazione</i>	
P-FCR.H09	<i>Gestione del Dolore</i>	

<i>Documento</i>	SISTEMA DOCUMENTALE FONDAZIONE MANTOVA (MN)	<i>Revisione</i>
P-FMN.DS02	<i>Gestione Prelievo e Raccolta di Tessuto Muscolo Scheletrico da Donatore Vivente</i>	<i>Rev.02</i>
P-FMN.BIC01	<i>Gestione delle Attività e Percorso Paziente UO Chirurgia BIC</i>	<i>Rev.01</i>
P-FMN.DS03	<i>Gestione Parte Anatomica Riconoscibile</i>	<i>Rev.01</i>
PDTA-FMN.BIC01	<i>PDTA Sindrome Tunnel Carpale</i>	<i>Rev.01</i>
PDTA-FMN.BIC02	<i>PDTA Dito a Scatto</i>	<i>Rev.01</i>
PDTA-FMN.BIC03	<i>PDTA Cisti Artrogena della Mano del Polso</i>	<i>Rev.01</i>
PDTA-FMN.BIC05	<i>PDTA Piccoli Interventi Chirurgici</i>	<i>Rev.01</i>
PDTA-FMN.BIC06	<i>PDTA Asportazione di Cataratta</i>	<i>Rev.01</i>
PDTA-FMN.BIC07	<i>PDTA Iniezione Intravitale</i>	<i>Rev.01</i>
P-FMN.RIAB01	<i>Gestione del Paziente nell'UO di Riabilitazione</i>	
PDTA-FMN.ORT01	<i>Morbo di Dupuytren</i>	
P-FMN.AMB01	<i>Gestione del Paziente nel Servizio Ambulatoriale</i>	

GESTIONE AUDIT

Nel 2024, l'Ufficio QRAF ha svolto l'attività di Audit programmata su tutte le strutture della FTC. L'obiettivo è stato quello di valutare il grado di adesione e implementazione delle procedure pubblicate, identificando eventuali criticità e raccogliendo suggerimenti per possibili miglioramenti. Tutti gli audit sono stati opportunamente verbalizzati, con una dettagliata descrizione dei processi e dei documenti esaminati.

Nei verbali sono stati evidenziati i principali punti di forza e le criticità riscontrate, con inserimento di suggerimenti mirati ad ottimizzare le procedure.

AUDIT	QUANTITA'	
CdC Domus Salutis – Brescia	19	46
CdC Ancelle della Carità - Cremona	13	
CdC San Clemente - Mantova	14	

AUDIT BRESCIA	
20/02/2024	Riabilitazione Cardiologica 3D/3F
20/02/2024	Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale
21/02/2024	Riabilitazione Polifunzionale 1F
21/02/2024	Servizio di Farmacia
28/02/2024	Ufficio Acquisti
27/06/2024	Riabilitazione Pneumologica 2F
27/06/2024	Cure Domiciliari C-DOM
02/07/2024	Cure Palliative Hospice A
02/07/2024	Cure Palliative Hospice B
14/11/2024	Riabilitazione Neurologica
14/11/2024	Riabilitazione Neurogeriatrica

14/11/2024	Riabilitazione Polifunzionale
14/11/2024	Riabilitazione Pneumologica
14/11/2024	Riabilitazione Cardiologica
14/11/2024	Hospice A
14/11/2024	Hospice B
14/11/2024	Servizio di Radiologia
14/11/2024	Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale

AUDIT CREMONA

21/03/2024	Servizio di Radiologia
21/03/2024	Servizio Farmacia
17/04/2024	Riabilitazione 2 R2
17/04/2024	Riabilitazione 3 R3
17/04/2024	Ufficio Tecnico
15/05/2024	Riabilitazione 1 R1
15/05/2024	Cure Palliative Hospice
29/05/2024	Ufficio Gestione e Sviluppo Risorse Umane
29/05/2024	Ufficio Ricoveri
14/11/2024	Riabilitazione 1 R1
14/11/2024	Riabilitazione 2 R2
14/11/2024	Riabilitazione 3 R3
14/11/2024	Cure Palliative Hospice

AUDIT MANTOVA

26/03/2024	Ufficio Acquisti
26/03/2024	Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale
23/04/2024	Medicina Generale
23/04/2024	Riabilitazione
23/04/2024	Servizio di Radiologia
23/04/2024	Centro Unico Prenotazioni
21/05/2024	Chirurgia
21/05/2024	Ortopedia
21/05/2024	Ufficio Tecnico
21/05/2024	Servizio di Prevenzione e Protezione
14/11/2024	Medicina Generale
14/11/2024	Ortopedia
14/11/2024	Medicina Generale
14/11/2024	Chirurgia

AREA FORMAZIONE

12/03/2024	Audit prima parte, propedeutico al successivo Audit di terza parte eseguito da Enti esterni alla FTC
------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

GESTIONE DELLE CONSULENZE

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

Ha inoltre strutturato incontri e riunioni per condivisioni di problematiche legate sia alla qualità, sia al rischio che all'accreditamento come sotto declinati:

- Direttori Sanitari di Presidio e Aziendale (10/01/2024; 13/02/2024; 11/04/2024; 18/06/2024; 06/11/2024; 02/05/2024; 18/06/2024)
- DPO (19/06/2024;)
- Laboratorio Analisi
(20/06/2024;26/06/2024;04/07/2024;10/07/2024;17/07/2024;24/07/2024; 04/09/2024;19/09/2024;04/11/2024; 04/09/2024; 06/11/2024; 20/11/2024)
- CED (26/06/2024)
- Coordinatore Hospice A/B (19/01/2024; 04/04/2024; 09/05/2024; 10/06/2024)
- Coordinatore Hospice Cremona (02/07/2024; 16/02/2024; 10/03/2024; 10/06/2024)
- Responsabile UdO CP (22/04/2024)
- Responsabile Gruppo Nutrizione (29/10/2024; 07/11/2024)
- Marketing e Comunicazione (05/11/2024; 12/12/2024; 18/12/2024)
- SITRA (07/11/2024; 28/11/2024)
- UCP-DOM (17/01/2024; 01/02/2024; 13/03/2024;07/11/2024; 05/12/2024)
- Assistente Sociale (27/11/2024)
- Dietista (02/03/2023; 25/03/2024; 09/10/2023)
- Ufficio Tecnico (23/01/2024)

- URP (09/04/2024; 16/04/2024)

Tabella riassuntiva attività svolta

ATTIVITA'	Numero
Incontri strutturati	47

PARTECIPAZIONE 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-SDF04** *Gestione del Consenso Informato* (27/03/2024; 18/07/2024; 17/09/2024)
- ✓ Gruppo di lavoro per redazione della procedura **P-SDF65** *Gestione Trattamento Lesioni da Pressione* (13/02/2024; 16/04/2024; 16/05/2024; 09/07/2024, 03/09/2024; 08/10/2024)
- ✓ Gruppo di lavoro Nutrizione (11/02/2024;16/05/2024;)

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

L'Ufficio ha ritenuto di fondamentale importanza creare un percorso formativo per la divulgazione delle principali procedure.

Questo percorso denominato "procedure che passione" si è realizzato in sei incontri nel corso dell'anno 2024.

Le tematiche affrontate riguardavano la divulgazione di procedure trasversali e che impattano sull'attività svolta in FTC e quindi ha visto la formazione sia presentata in dual mode (sia in presenza sia in videoconferenza), per raggiungere più operatori possibili.

Data	TITOLO
5 marzo 2024	Procedure che passione! <i>Percorso divulgativo delle Procedure Aziendali.</i> <i>La gestione urgenza ed emergenza e la gestione trasferimento Pazienti</i>
11 aprile 2024	Procedure che Passione! <i>Percorso divulgativo delle Procedure Aziendali.</i> <i>La gestione e valutazione delle lesioni da pressione!</i>
14 maggio 2024	Procedure che passione! <i>Percorso divulgativo delle Procedure Aziendali.</i> <i>Approfondimento del Percorso Trasfusione Sangue ed Emocomponenti</i>
29 ottobre 2024	Procedure che passione! <i>Percorso divulgativo delle Procedure Aziendali.</i> <i>Approfondimento della Prevenzione Trasmissione Infezioni e Utilizzo DPI e Linee di Indirizzo per la Prevenzione delle Infezioni Correlate all'assistenza (ICA).</i>
2 dicembre 2024	Procedure che passione! <i>Percorso divulgativo delle Procedure Aziendali.</i> <i>Approfondimento e Presentazione Procedura Trattamento Lesioni da Pressione</i>
11 dicembre 2024	Procedure che passione! <i>Percorso divulgativo delle Procedure Aziendali.</i> <i>Approfondimento sulla Valutazione Nutrizionale e la Malnutrizione</i>

GESTIONE REFERENTI QUALITÀ LOCALE (RQL)

L'Ufficio ha proseguito nell'offrire supporto ai Referenti della Qualità Locale:

- nella stesura/revisione delle procedure relative alle Unità Operative, ai Servizi e agli Uffici, fornendo consulenze mirate per garantire il miglioramento continuo dei processi e l'aderenza agli standard di qualità.

- nella stesura dei piani di miglioramento e supporto nella raccolta e analisi di indicatori di qualità e performance.

- nel supporto alla gestione del Rischio Clinico:
 - assistenza nella segnalazione e analisi di eventi avversi e near miss
 - strumenti per la valutazione del rischio clinico (RCA)
 - diffusione di buone pratiche di sicurezza del Paziente

GESTIONE NON CONFORMITÀ

Nel corso del 2024, l'Ufficio ha registrato un numero esiguo di non conformità, un risultato che ha messo in evidenza la necessità di stimolare le Unità Operative, i Servizi e gli Uffici a segnalare le non conformità, intese come comportamenti che deviano dalle procedure stabilite e che richiedono un'analisi approfondita per il continuo miglioramento della qualità.

GESTIONE DEL RISCHIO

Per quanto riguarda la gestione del rischio l'Ufficio QRAF, su mandato del Risk Manager, ha provveduto a:

- rispettare e portare a termine la pianificazione annuale di auditing;
- aggiornare il Piano Pandemico Antiinfluenzale (Panflu);
- in occasione della giornata mondiale della qualità organizzare la giornata sul lavaggio delle mani (14/11/2024);
- rispondere con la documentazione appropriata alle Raccomandazioni Ministeriali;
- rispondere al questionario sulla sicurezza Decreto Ministeriale de 19/12/2022 edizione 2024 " *Valutazione in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie*";
- effettuazione Root Cause Analysis (RCA).

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

Il 18/10/2024 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 secondo le indicazioni pervenute da Azienda Tutela Salute (ATS) Brescia e ATS Valpadana. 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.

Giornata Mondiale della Qualità Focus : lavaggio delle mani

Il 14 novembre 2024, sono stati effettuati in tutte e tre le sedi di FTC audit sul lavaggio delle mani.

La finalità dell'attività di auditing è stato quello di monitorare le infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Durante gli audit, è stata valutata la conformità degli operatori sanitari alle linee guida e alle pratiche di lavaggio delle mani e identificate lacune o comportamenti non corretti.

L'iniziativa ha permesso di individuare aree di miglioramento e di adottare strategie mirate per sensibilizzare e formare il personale, riducendo così il rischio di infezioni correlate all'assistenza, migliorando la sicurezza dei Pazienti.

Rispondere alle Raccomandazioni Ministeriali

Nel maggio del 2024 è stato compilato il questionario sulle Raccomandazioni Ministeriali richiesto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), confermando l'assetto dell'anno precedente delle procedure in tema di sicurezza delle cure e governo clinico.

Compilazione Questionario Sicurezza Agenas

Nel mese di novembre 2024 l'Ufficio QRAF ha provveduto alla compilazione del questionario riguardante la valutazione della qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni erogate.

Pianificazione ed esecuzione Root Cause Analysis (RCA)

Nel mese di giugno 2024 l'Ufficio QRAF ha provveduto a pianificare ed effettuare una RCA a seguito di due segnalazioni di eventi accaduti.

ACCREDITAMENTO

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

L'Ufficio ha mantenuto aggiornato nella versione digitale tutta la documentazione relativa all'accREDITAMENTO.

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.

AccREDITAMENTO Laboratorio Analisi di Fondazione

Sempre nell'ambito dell'accREDITAMENTO l'Ufficio è stato particolarmente occupato nel riallineamento dei requisiti di esercizio e accREDITAMENTO del Laboratorio Analisi di Fondazione Teresa Camplani, secondo quanto previsto dal DGR. n° XI/7044 del 26/09/2022 e successive integrazioni.

OBIETTIVI 2025

Per l'anno 2025, 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;

- continuare a informare e formare tutto il personale sulle procedure che hanno un impatto strategico trasversale, tramite prosecuzione degli 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.

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	Effettuazione Consulenze interne alle UUOO/Servizi/Uffici
Supporto alle UUOO/Servizi/Uffici per il raggiungimento obiettivi di qualità	Effettuazione Piano Annuale di audit interni	Implementazione di azioni di miglioramento
Redazione e aggiornamento di Procedure Aziendali	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

18 marzo 2025

Responsabile Aziendale Qualità (RAQ)
Dott.ssa Maristella Demicheli

