



PIANO QUALITÀ E SICUREZZA

DELLE CURE 2024

Fondazione 'Madonna del soccorso' Onlus
Struttura di Cure intermedie 'Maria Regina' di Orentano (Pi)

Approvato 21 Marzo 2024

INDICE

- 1) Premessa;
- 2) Introduzione;
 - a) Contesto organizzativo;
 - b) Strutture e servizi;
 - c) Cure intermedie 'Maria Regina';
- 3) Riferimenti normativi;
- 4) Principi di riferimento, mission e vision;
 - a) Principi di riferimento;
 - b) Mission;
 - c) Vision;
- 5) Organizzazione della struttura;
- 6) Contenuti del Piano e modalità di elaborazione;
 - a) Chi elabora il Piano
 - b) Quando viene elaborato il Piano
 - c) Cosa contiene il Piano
- 7) Monitoraggio Piano anno precedente;
- 8) Programmazione 2024;
- 9) Piani correlati – Piano addestramento e formazione;
- 10) Applicazione strumenti regionali GRC: raccomandazioni ministeriali e pratiche per la sicurezza;
- 11) Diffusione e pubblicizzazione del Piano;
- 12) Privacy, Regolamento illeciti e Bilancio sociale;
- 13) Riflessioni conclusive;

1. PREMESSA

La struttura Cure intermedie ‘Maria Regina di Orentano (Pi) è una struttura sanitaria ed ha – come priorità di mission – quello di assicurare il miglioramento costante della qualità e sicurezza delle cure sanitarie prestate. La gestione del rischio clinico in sanità rappresenta l’insieme di varie azioni messe in atto per migliorare costantemente la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza delle cure dei pazienti ed un’organizzazione efficace ed efficiente, sicura e basata sull’apprendere dall’errore ed il concetto del miglioramento continuo. Solo una gestione integrata e partecipata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura aziendale della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori, contribuire indirettamente a una diminuzione degli errori e, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni sanitarie sicure ed efficienti nell’ottica del miglioramento costante della qualità del servizio erogato.

La struttura di Cure intermedie ‘Maria Regina’, che ha avviato la sua attività il 19 Dicembre 2023, mette al centro delle sue priorità proprio la creazione di una ‘cultura aziendale’ fondata sull’attenzione costante alla qualità e sicurezza delle cure in ogni ambito della sua attività operativa quotidiana a servizio dei pazienti e degli operatori del settore. All’uopo, la struttura di Cure intermedie ‘Maria Regina’ ha costituito una sua modalità condivisa di gestione del rischio clinico fondato su un sistema di procedure, protocolli, istruzioni e documenti appositamente redatti e soggetti ad un aggiornamento costante.

Il presente Piano Qualità e Sicurezza costituisce il documento centrale della programmazione di struttura e contiene quindi una serie di obiettivi ed azioni dirette ad assicurare il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure offerte nell’interesse del paziente, del personale addetto e dell’intera organizzazione che mira a raggiungere gli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza, sicurezza, equità e piena centralità della persona assistita.

Il presente documento, redatto per la prima volta proprio nell’anno 2024 a pochi mesi dall’apertura della struttura sanitaria è – dunque – privo di un pregresso storico significativo e degno di specifica analisi ma costituisce - soprattutto per questo primo anno – un documento con funzione programmatoria ed organizzativa della nuova struttura in attuazione della Mission e Vision adottate e delle finalità ivi espresse.

2. INTRODUZIONE

a) CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Fondazione Madonna del soccorso Onlus di Fauglia è una Fondazione di chiara ispirazione cattolica dotata di personalità giuridica privata autonoma ed iscritta al Registro regionale toscano delle Onlus. Essa è stata costituita l'anno 2009 dall'allora Vescovo di San Miniato S. Ecc. Rev.ma Mons. Fausto Tardelli ed ad oggi gestisce servizi sanitari, socio sanitari e sociali, educativi e scolastici paritari nella Diocesi di San Miniato.

Le attuali attività della Fondazione sono rivolte a persone anziane non autosufficienti, bambini ed adulti in stato di bisogno sociale, socio-sanitario o sanitario.

Le attività primarie sono:

- gestione di strutture sanitarie di Cure intermedie;
- prestazioni di natura socio-sanitaria in regime residenziale e semi-residenziale a favore di persone anziane non autosufficienti;
- gestione di servizi sociali diretti alle persone più deboli e bisognose della nostra società;
- erogazione di servizi educativi diretti alla prima infanzia;
- gestione di servizi scolastici paritari destinati ai bambini della scuola d'infanzia.

b) STRUTTURE E SERVIZI

La Fondazione 'Madonna del soccorso' ONLUS ha sede legale in Fauglia, Piazza S. Lorenzo n. 9 – sito internet istituzionale www.madonnadelsoccorsofauglia.it. L'ente gestisce le seguenti strutture sul territorio provinciale pisano:

- a) RSA 'Madonna del Soccorso' di Fauglia (Pi), struttura residenziale autorizzata per accogliere n. 20 anziani non autosufficienti ed un anziano autosufficiente. La struttura è accreditata ai sensi della LRT 82/2009 e convenzionata con la USL Toscana Nord Ovest ai sensi del Dgrt 995/2016;
- b) Centro aggregato diurno 'Madonna del Soccorso' di Fauglia aperto mediante scia per accogliere persone anziane autosufficienti a bassa intensità assistenziale;
- c) RSA 'Madonna del Rosario' di Orentano (Pi), struttura residenziale autorizzata per accogliere n. 80 anziani non autosufficienti ed un anziano autosufficiente. La struttura è accreditata ai sensi della LRT 82/2009 e convenzionata con la USL Toscana Centro ai sensi del Dgrt 995/2016;
- d) Centro diurno aggregato 'Madonna del Rosario' di Orentano (PI), struttura semiresidenziale autorizzata per accogliere n. 18 anziani non autosufficienti in regime diurno. La struttura è accreditata ai sensi della LRT 82/2009 e convenzionata con la USL Toscana Centro ai sensi del Dgrt 995/2016;

e) Servizi caritativi composti da Centro di ascolto e supporto per le famiglie in condizione di bisogno, distribuzione gratuita di pacchi alimentari alle persone indigenti e supporto nel pagamento di piccole utenze;

f) Servizio di trasporto 'Maria ausiliatrice' accreditato ai sensi della Lrt 82/2009 e destinato principalmente al trasporto sociale;

g) Asilo nido 'S. Anna e Maria bambina' di Orentano (PI): struttura educativa destinata ad ospitare fino a 23 bambini di età compresa tra i 3 ed i 36 mesi, accreditata ai sensi del Dgrr 41/R del 2013 e convenzionata con l'Amministrazione Comunale di Castelfranco di sotto (PI);

h) Scuola paritaria d'infanzia S. Anna di Orentano (Pi): servizio scolastico diretto all'infanzia, paritario, dotato di n. 3 sezioni autorizzate dal MIUR e convenzionato con l'Amministrazione Comunale di Castelfranco di sotto (Pi);

i) Scuola paritaria d'infanzia Carlino Paganelli di Staffoli (PI) servizio scolastico diretto all'infanzia, paritario, dotato di n. 1 sezione autorizzata dal MIUR e convenzionato con l'Amministrazione Comunale di Santa Croce sull'Arno (Pi);

j) Struttura Cure intermedie 'Maria Regina' di Orentano (Pi) autorizzata al funzionamento ed accreditata per 40 posti letto e convenzionata con la USL Toscana Centro;

L'ente ha circa 120 dipendenti e svolge i suoi servizi in collaborazione e convenzione anche con i seguenti istituti religiosi che ne arricchiscono la progettualità: Suore Figlie di S. Anna, Suore Canonichesse dello Spirito Santo, Suore Figlie di Nazareth, Suore Missionarie di S. Teresa di Gesù Bambini e Suore Serve del Cuore Immacolato di Maria. Il rapporto con le religiose che svolgono attività religionis causa è inquadrato all'interno dell'art. 1 del CCNL UNEBA ai sensi delle convenzioni stipulate con i rispettivi istituti religiosi e gli accordi sindacali aziendali siglati.

La Fondazione aderisce all'ente di categoria UNEBA e ne applica il contratto collettivo. Il suo Direttore generale avv. Riccardo Novi ne ha la presidenza a livello provinciale pisano per il mandato 2021-25.

c) CURE INTERMEDIE 'MARIA REGINA'

Il presente Piano riguarda – nello specifico – la struttura sanitaria di Cure intermedie 'Maria Regina'. Si tratta di servizio sanitario di cure intermedie – Setting 2 - cui al Punto D. 7 dell'Allegato al DGRT 79/R del 2016. La struttura 'Maria Regina' ha ricevuto parere di compatibilità con Decreto n. 10358 del 26 Maggio 2022 della Direzione sanità, welfare e coesione sociale della Regione

Toscana ed è stata autorizzata al funzionamento per n. 40 posti letto con determinazione n. 599 del 30/11/2023 del Comune di Castelfranco di sotto (Pi) ed ha conseguito l'accreditamento istituzionale con Decreto 27433 del 22/12/2023 della Direzione sanità, welfare e coesione sociale della Regione Toscana. A seguito di partecipazione a manifestazione di interesse emessa da Usl Toscana Centro è stata inoltre convenzionata con la Usl Toscana Centro in data 22 Febbraio 2023 per 26 posti letto fino al 30 Giugno 2023 e per 38 posti su 40 dal 1 luglio dello stesso anno.

3) La struttura di Cure intermedie 'Maria Regina' è sita in Via della Chiesa n. 76 a Orentano nel Comune di Castelfranco di sotto, articolata su due piani e dotata di ampio parcheggio e giardino esterno. Al Piano Terra sono collocati la Reception, l'accoglienza, gli uffici, l'attività fisioterapica e la Cappella. Al Piano Primo sono collegati i due Reparti – Blu e Verde – destinato ad accogliere fino a 40 utenti. Il sistema di qualità ed accreditamento è presidiato da un sistema di Procedure, Protocolli, Istruzioni e Documenti che sono stati redatti dall'equipe interna di lavoro ed approvato dalla Direzione Sanitaria. Il Direttore Sanitario è il dott. Mario Giovannetti, la Coordinatrice è la dott.sa Valeria Mori. L'assistenza sanitaria è garantita dal personale infermieristico in numero di 10 infermieri, OSS in numero di 13 operatori, fisioterapista in numero di 1, personale medico in numero di 6 medici con copertura di almeno 42 ore settimanali distribuite nelle giornate feriali nella fascia oraria 9:00-17:00. Il contratto collettivo utilizzato per il personale in servizio, come sopra indicato, è il CCNL UNEBA. Il Direttore Sanitario e il personale medico sono inseriti in contratto libero professionale. Oltre al personale dipendente e libero professionista operano in struttura, ai sensi di apposita convenzione stipulata con la Casa generalizia ai sensi dell'art. 1 del CCNL UNEBA, le Suore Canonichesse dello Spirito Santo, le Suore Missionarie di S. Teresa del Bambino Gesù e le Suore Figlie di Nazareth.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il sistema di accreditamento della struttura sanitaria, come sopra accennato, è stato redatto da una equipe interna composta da medici, infermieri, oss, legali ed amministrativi con la finalità di assicurare la massima partecipazione attiva alla gestione ed implementazione dell'organizzazione nell'ottica del miglioramento costante della qualità del servizio erogato. Il processo che ha portato all'approvazione del sistema dell'accreditamento è, quindi, stato un processo lungo, approfondito, condiviso e concertato sia con l'equipe interna sia con le rappresentanze sindacali interne e territoriali-provinciali affinché fosse un sistema autenticamente corrispondente, oltretutto alla normativa, anche alle necessità di gestione della specifica struttura e del personale chiamato ad operarvi e risultasse condiviso con tutti gli addetti e conosciuto. L'esigenza di corrispondere ai criteri di accreditamento, qualità e sicurezza delle cure nasceva non soltanto dal dettato normativo ma anche dalla prassi precedente di gestione delle strutture socio-sanitarie dell'ente,

dall'aspirazione di dotarsi di un sistema di qualità valido, efficace e capace di corrispondere alle esigenze della tipologia di struttura.

I concetti di qualità, di miglioramento continuo, di accreditamento sono quindi patrimonio condiviso in tutte le strutture gestite dall'ente Fondazione 'Madonna del soccorso' ONLUS e costituiscono un vero e proprio 'valore' che viene coltivato ed alimentato, anche mediante la formazione continua, nel complesso organizzativo dell'ente.

I principali documenti normativi in materia di autorizzazione al funzionamento, qualità ed accreditamento sanitario che comunque presiedono all'organizzazione del settore sono, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, i seguenti:

- L.R. n. 51 del 5 agosto 2009 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e Regolamento di attuazione D.P.G.R. n. 79/R del 17 novembre 2016 e s.m.i.

- DGRT 79/R del 2016, Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie;

- Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

- DGR n. 909 del 07/08/2017 "Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione post ospedaliera" ;

- DD n. 2044 del 24/02/2017 "Legge Regionale n. 51/2009: adozione delle linee guida per l'attestazione dei requisiti di processo e delle fonti e standard relativi ai requisiti di processo";

- DGR n. 1185 del 28 dicembre 2017: "Approvazione documenti in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie. Manuale e procedura per l'accreditamento istituzionale".

- DGR n. 1150 del 09 Ottobre 2023: "DGRT n. 967 del 7 agosto 2023 "Recepimento disposizioni DM Ministero della Salute del 19dicembre 2022 - Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31/12/2022 – prime linee di indirizzo applicative alle strutture sanitarie, pubbliche e private": revoca e nuovo recepimento."

A tali normative, in prospettiva, dobbiamo aggiungere anche il DECRETO del MINISTERO DELLA SALUTE del 23 maggio 2022 , n. 77 'Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale' che è stato recepito dalla Regione Toscana con Delibera di Giunta Regionale n. 1508 del 19 Dicembre 2022, La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77.

4. PRINCIPI DI RIFERIMENTO, MISSION E VISION DELLA STRUTTURA

1) Principi di riferimento

La struttura Cure Intermedie 'Maria Regina' di Orentano (Pi) in attuazione delle norme di legge e di statuto ispira ed impronta il suo modo di operare ai seguenti principi di riferimento:

a) Eguaglianza

L'erogazione del servizio è ispirata al principio di eguaglianza dei diritti degli utenti in attuazione dei principi espressi dalla Carta costituzionale italiana. Le regole riguardanti i rapporti tra utenti e servizi e l'accesso ai servizi sono uguali per tutti. Nessuna distinzione nell'erogazione del servizio può essere compiuta per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche o sindacali. E' garantita ed assicurata la parità di trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato.

L'eguaglianza va intesa come divieto di ogni ingiustificata discriminazione e non, invece, quale uniformità delle prestazioni erogate che, naturalmente, tengono conto delle condizioni personali e di fabbisogno sanitario e socio-sanitario.

b) Imparzialità

Il titolare del servizio e l'intera organizzazione ispirare i propri comportamenti, nei confronti degli utenti, a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità. In funzione di tale obbligo si interpretano le singole clausole delle condizioni generali e specifiche di erogazione del servizio e le norme regolatrici di settore. La continuità è un principio che segna i rapporti sia in arrivo che in uscita dal percorso di Cure intermedie le quali sono punto centrale tra l'attività Ospedaliera ed il territorio – presidiato da ACOT – con la funzione di assicurare una presa in carico globale e continuativa dell'utente in raccordo con la famiglia ed i caregiver.

c) Continuità

L'erogazione del servizio, nell'ambito delle modalità stabilite dalla normativa regolatrice di settore, deve essere continua, regolare e senza interruzioni dal momento della presa in carico dell'utente.

d) Partecipazione

La partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio è sempre garantita in una pluralità di forme, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione del servizio, sia per favorire la collaborazione dei destinatari, sia per l'integrazione territoriale dello stesso.

La partecipazione è intesa in senso estensivo e riguarda sia gli utenti che i lavoratori che le realtà territoriali ed assurge a principio dominante l'intera organizzazione.

All'utente è assicurato il diritto di accesso alle informazioni in possesso del soggetto erogatore che lo riguardano. Il diritto di accesso è esercitato secondo le modalità disciplinate dalla legge e dalle procedure interne. L'utente può produrre memorie e documenti; prospettare osservazioni; reclami; formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio ed avanzare reclami. Il soggetto titolare del servizio assicura immediato riscontro all'utente circa le segnalazioni e le proposte da esso formulate. Ai sensi delle relative procedure adottate la struttura assicura e monitora costantemente la valutazione delle risultanze dell'utenza circa la qualità del servizio reso, secondo le modalità indicate nel titolo successivo e nelle relative procedure adottate.

Il personale addetto al servizio partecipa in maniera attiva all'organizzazione, erogazione e supervisione-monitoraggio del servizio sanitario ai sensi delle procedure adottate.

E' inoltre istituito anche un apposito Comitato di partecipazione che ha la finalità di coinvolgere le realtà sociali territoriali nella gestione ed organizzazione della struttura sanitaria.

e) Efficienza ed efficacia

Il servizio è erogato in modo da garantire l'efficienza e l'efficacia. La struttura adotta le misure idonee al raggiungimento di tali obiettivi in termini di qualità e sicurezza delle cure, gestione del rischio clinico, appropriatezza delle prestazioni, performance ed obiettivi di autovalutazione oltre al sistema di accreditamento istituzionale.

f) Sicurezza e motivazione del personale

La struttura sostiene la motivazione degli operatori e favorisce la formazione adeguata ed aggiornata del personale quale principale investimento strategico per la realizzazione degli obiettivi di struttura e di crescita professionale durante l'intero arco della vita professionale. Viene promossa la modalità di lavoro per equipe multidimensionali.

g) Qualità e sicurezza delle cure

La struttura, attraverso un modello organizzativo condiviso, partecipato e continuamente presidiato, assicura la qualità e sicurezza delle cure nonché la gestione del rischio clinico con una tensione costante al miglioramento continuo della qualità del servizio erogato.

2) MISSION

La struttura è gestita dalla Fondazione 'Madonna del soccorso' Onlus di chiara ispirazione cattolica. Conformemente alla sua natura ed allo statuto che regola l'ente tutta l'attività svolta è segnata da

una particolare attenzione e sensibilità alla valorizzazione della dignità e dei diritti fondamentali della persona umana. La struttura di Cure Intermedie ha come obiettivo quello di porre al centro delle proprie attività l'esigenza del paziente ed il suo stato di salute mediante competenza professionale e attenzione umana offrendo un'assistenza sanitaria fondata ed ispirata ai principi della qualità e sicurezza delle cure ed al miglioramento continuo della qualità del servizio erogato così come indicato nell'annuale Piano adottato. E' carattere essenziale della mission della struttura quello di assicurare un alto livello di qualità per la presa in carico di pazienti caratterizzati da necessità di assistenza di intensità intermedia tra la degenza ospedaliera e le strutture territoriali, offrendo una modalità di assistenza infermieristica avanzata, pur essendo caratterizzata da una componente diagnostico terapeutica significativa, per la quale è richiesta una residuale dotazione tecnologica all'interno della struttura, senza necessità di assistenza medica sulle 24 ore. Tale attività è svolta a soggetti in condizioni di buon compenso clinico, in dimissioni da reparti per acuti in fase immediatamente successiva alla fase di stabilizzazione o provenienti dal territorio con riacutizzazione di cronicità. In questa presa in carico e assistenza sanitaria la struttura pone al centro la persona, i suoi bisogni sanitari e non solo in piena partecipazione attiva e collaborazione con i familiari/caregiver e le istituzioni preposte nell'ottica della sussidiarietà che costituisce un pilastro della dottrina sociale della Chiesa. Il servizio erogato mira ad assicurare un servizio caratterizzato da massimi livelli qualitativi dei processi unitamente all'apertura all'innovazione, alla partecipazione, multidisciplinarietà dell'approccio ed ad una visione umana completa e complessiva del paziente ed ad un approccio che vuol rimanere autenticamente familiare ed a misura d'uomo. In questa prospettiva i principi di riferimento risultano essere:

a) *Condivisione di una approccio comune e valoriale* che, così come indicato nello statuto dell'ente Fondazione, impegna tutti gli addetti alla massima valorizzazione della dignità e dei diritti umani inviolabili, con particolare attenzione per i più deboli e bisognosi;

b) *Approccio multidimensionale*: approccio multidimensionale che caratterizza il percorso sanitario dalla presa in carico del paziente, alla progettazione, programmazione, monitoraggio e verifica delle prestazioni;

c) *Lavoro in equipe*: altro elemento fondamentale che caratterizza la modalità operativa della struttura e che discende da quanto asserito al precedente punto a) è il lavoro in equipe multidimensionale che viene promossa e caratterizza l'intero percorso sanitario dell'utenza accolta in struttura e segna una spiccata propensione al lavoro in gruppi multidimensionali ed alla condivisione da parte del personale;

d) *Professionalizzazione*: particolare attenzione allo sviluppo delle competenze professionali, sia obbligatorie che professionalizzanti, ed alla motivazione e preparazione del personale addetto alla struttura per assicurare il miglioramento costante della qualità e sicurezza della cura;

e) *Personalizzazione ed adeguatezza*: particolare attenzione e declinazione della presa in carico ed assistenza sanitaria sulle problematiche e fabbisogni specifici dell'utenza con la finalità di assicurare un percorso autenticamente individualizzato ed adeguato che sappia tener conto della complessità e dignità di ogni persona;

f) *Partecipazione e coinvolgimento*: altro aspetto qualificante del percorso sanitario cui è preposta la struttura è la decisa volontà di assicurare una massima partecipazione attiva del paziente e dei suoi familiari/caregiver al processo di presa in carico e cura;

g) *Innovazione*: altro aspetto fondamentale della modalità operativa della struttura è l'apertura costante ai principi di innovazione sotto tutti gli aspetti, da quelli organizzativi a quelli strumentali con la finalità di assicurare un'alta qualità del servizio offerto;

h) *Qualità e sicurezza delle Cure – Rischio clinico*: la struttura promuove, in conformità alla normativa nazionale e regionale di settore nonché della politica interna adottata, il principio del miglioramento costante della qualità del servizio svolto nonché dei livelli ottimali di qualità delle cure anche attraverso il sistema di gestione del rischio clinico del quale, lo stesso Piano di cui al presente documento, è parte integrante anzi essenziale;

i) *Clima familiare e continuità assistenziale*: gli aspetti tecnici e professionali non devono far venir meno un approccio autenticamente familiare di collaborazione attiva con l'utente ed i suoi familiari che deve caratterizzare tutte le relazioni con ogni professionista e deve sempre portare con sé il segno dell'amore di Cristo per tutti gli uomini. In questa prospettiva assume primaria importanza quella di assicurare la continuità assistenziale dell'assistito sia in ingresso, che in itinere ed in dimissione in maniera da garantire una presa in carico non 'frammentata' o 'frammentaria' ma inserita in un contesto di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali capaci di supportare realmente i bisogni dell'utenza in maniera complessiva e nel segno del reale supporto anche alla famiglia o care giver;

3) VISION

La struttura di Cure Intermedie 'Maria Regina' è una struttura privata, gestita da ente del terzo settore senza finalità di lucro, accreditata e convenzionata con la USL Toscana Centro.

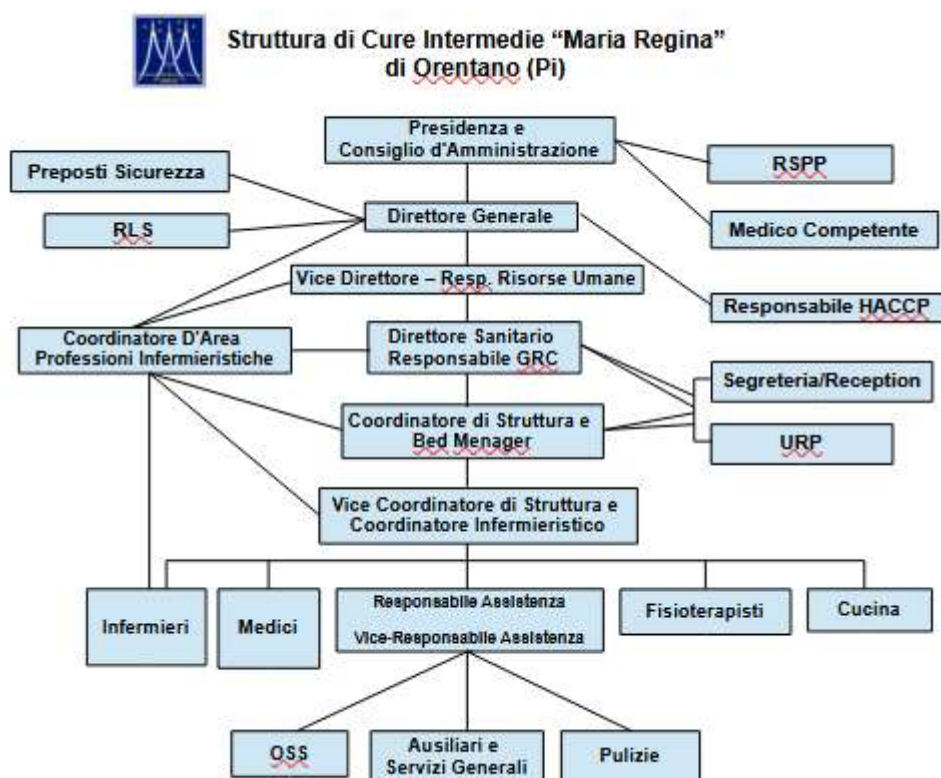
In questa prospettiva ed in attuazione della sua Mission le Cure intermedie 'Maria Regina' vogliono accrescere l'apporto assicurato al servizio pubblico nella sanità territoriale.

La struttura, come da apposita convenzione, raggiungerà i 38 posti convenzionati con la Usl Toscana Centro nel mese di Luglio 2024 ponendosi come principale presidio di sanità territoriale dell'intera area del Valdarno-Empolese-Valdelsa e promuovendo un servizio di qualità particolarmente segnato dall'integrazione territoriale, dalla continuità assistenziale, dalla qualità e sicurezza delle cure erogate in un ambiente familiare ed autenticamente a misura d'uomo.

La Direzione mira a dare particolare rilievo al processo di miglioramento costante della qualità e sicurezza delle cure erogato attraverso un sistema di programmazione, monitoraggio, verifica e riesame costante degli obiettivi prefissati e dei sistemi adottati con l'apporto costante del personale impiegato e degli organismi previsti dal sistema di qualità adottato. In questa prospettiva assume particolare importanza l'adozione del presente Piano qualità e sicurezza delle cure.

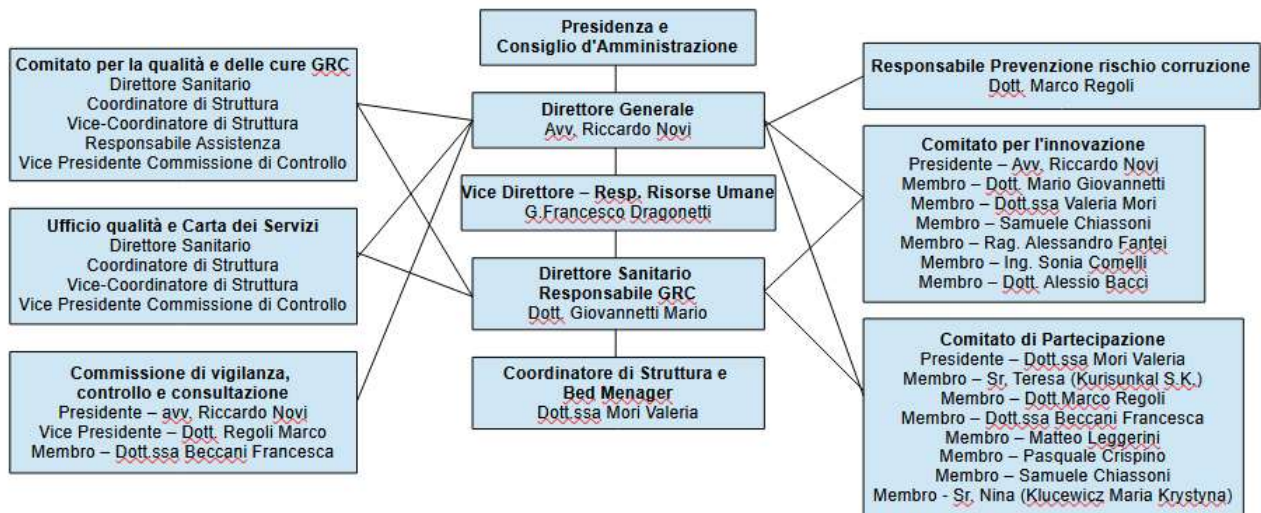
5. ORGANIZZAZIONE DELLA STRUTTURA

La struttura ha una precisa organizzazione interna delineata in parte dai dettati normativi ed in parte delle procedure, protocolli istruzioni e documenti interni approvati dalla Direzione sanitaria e costantemente aggiornati. Nel complesso l'organizzazione interna della struttura che presidia, organizza e promuove anche la qualità e sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico è la seguente:





Struttura di cure intermedie "Maria Regina" di Orentano (Pi)



6. CONTENUTI DEL PIANO E MODALITÀ DI ELABORAZIONE

Il presente Piano Qualità e Sicurezza delle Cure corrisponde alle indicazioni di cui al Punto 5. 4 della PRO MR 02. Esso rappresenta il momento annuale centrale di analisi, monitoraggio, programmazione e progettazione della struttura sanitaria 'Maria Regina' di Orentano (PI).

a) Chi elabora il Piano

L'elaborazione del Piano qualità e sicurezza delle cure della struttura Cure Intermedie 'Maria Regina' di Orentano (PI) è un percorso condiviso e partecipato – a più livelli – da vari organismi di rappresentanza interna ed esterna della struttura dei quali diamo conto di seguito. L'approvazione definitiva è a cura del Direttore sanitario di struttura con il supporto del Comitato qualità e sicurezza delle cure e l'ufficio qualità. La stesura del Piano, come sopra specificato, trattandosi di attività

‘centrale’ per la vita e l’organizzazione della struttura, è svolta con l’apporto di tutto il personale e degli organismi che seguono:

- *Comitato qualità e sicurezza delle Cure*: il presente Piano è approvato dal Direttore sanitario ed elaborato insieme al Comitato qualità e sicurezza delle Cure e gli altri organismi di partecipazione. Tuttavia, come di seguito evidenziato, il Comitato coordina anche tutta l’attività di consultazione previa, condivisione ed attiva partecipazione di tutti i soggetti interessati al fine di assicurare che il Piano sia effettivamente elaborato in maniera condivisa e partecipata realizzando una programmazione concertata che caratterizza particolarmente la modalità operativa dell’ente Fondazione ‘Madonna del soccorso’ Onlus quale ente gestore della struttura. Il Comitato qualità e sicurezza delle Cure si è riunito per la stesura finale e l’approvazione del Piano il 21 Marzo 2024;

- *Settore*: i responsabili di tutti i settori addetti alla struttura Ospedaliera e cioè Direttore sanitario, Coordinatore, responsabili infermieristici ed assistenziali e fisioterapici si riuniscono ordinariamente ogni primo martedì del mese per svolgere attività di coordinamento, confronto e programmazione. Tale organismo partecipa attivamente all’elaborazione del presente piano nell’ottica di assicurarne l’apporto multidimensionale e dell’intero corpo del personale ivi rappresentato. In questa prospettiva si rimanda a verbale della riunione di settore del 5 e 14 Marzo 2024;

- *Comitato partecipazione*: con la finalità di condividerne i contenuti, raccogliere importanti suggerimenti e sviluppare la partecipazione territoriale, il Piano è condiviso ed analizzato, in fase preparatoria, anche del Comitato di partecipazione appositamente istituito e composto anche dalle rappresentanze territoriali. In questa prospettiva si rimanda a verbale della riunione del Comitato di partecipazione del 17 Febbraio 2024;

- *Organizzazioni sindacali*: al fine di assicurare la più larga partecipazione e consultazione possibile la bozza del Piano viene condivisa anche con le Rappresentanze sindacali interne o provinciali soprattutto per gli aspetti che attengono alla professionalizzazione del personale, la formazione, il lavoro in equipe. In questa prospettiva si rimanda a verbale organizzazioni sindacali siglato in data del 29 Febbraio 2024;

- *Consiglio di amministrazione dell’ente*: per assicurarne una piena condivisione non solo ‘orizzontale’ ma anche ‘verticale’ la bozza di Piano viene condivisa anche dal Consiglio di

amministrazione affinché rimanga sempre aggiornato sull'andamento e la programmazione della struttura sanitarie ed anche sulle eventuali necessità organizzative della stessa. In questa prospettiva si rimanda a verbale del Consiglio di amministrazione della seduta del 26 Febbraio 2024;

- *Organo di coordinamento*: è l'organismo interno costituito con apposito accordo sindacale aziendale e composto dalla Direzione e tutti i responsabili/coordinatori di tutte le strutture gestite dall'ente Fondazione 'Madonna del soccorso' Onlus. In questa prospettiva si rimanda a verbale dell'Organo di coordinamento del 26 Gennaio 2024;

Come possibile comprendere, l'atto di approvazione finale del documento non è altro che il passaggio formale che - 'a monte' ed in fase di elaborazione - ha visto l'attiva partecipazione trasversale di tutti gli organismi sopra indicati con la finalità specifica di adottare uno strumento veramente condiviso, partecipato ed arricchito dal prezioso apporto multidimensionale e multi-settoriale nell'interesse reale al miglioramento costante della qualità del servizio erogato ed ad una programmazione partecipata.

Il presente Piano qualità e sicurezza delle cure è stato approvato dal Direttore Sanitario nella seduta del 21 Marzo 2024 del Comitato qualità e sicurezza delle cure.

b) Quando viene elaborato il Piano

Il Piano qualità e sicurezze delle cure, ai sensi della PRO MR 02, viene approvato ed adottato nel mese di Gennaio di ogni anno quando, su convocazione del Direttore sanitario, si riunisce il Comitato interno per la qualità e la sicurezza delle cure congiuntamente al Vice-Presidente della Commissione interna di controllo e qualità ed al Presidente del Comitato di partecipazione. Il Piano viene poi rivisto e monitorato nel mese di luglio di ogni anno ed i dati richiesti sono invece raccolti con cadenza trimestrale a partire dal marzo 2024.

Tuttavia, per questo primo anno di attività, la struttura è stata aperta nel mese di Dicembre 2023 e – quindi – è stato scelto di attendere almeno un trimestre per elaborare il Piano in maniera da avere almeno i primi dati e riscontri e prendere visione minimale dell'organizzazione adottata.

c) Cosa contiene il Piano

Ai sensi della PRO MR 02 nella seduta di Riesame della Direzione ed elaborazione si devono svolgere le seguenti attività:

- Analisi degli obiettivi dati dal Piano per la qualità e sicurezza delle cure dell'anno precedente e valutarne il loro raggiungimento, anche in termini di budget, discostamento e l'eventuale motivazione del mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati e le azioni di miglioramento –

questa sezione non sarà naturalmente presente nell'attuale Piano in quanto non vi sono dati 'storici' dell'anno precedente e dunque trattasi di documento essenzialmente programmatico;

- Elaborazione del Piano qualità e sicurezza delle cure per l'anno successivo, con relativi piani di budget per il raggiungimento degli obiettivi fissati;
- Svolgimento di un riesame ed una analisi complessiva e partecipata dell'intera organizzazione del servizio sanitario di Cure Intermedie 'Maria Regina' di Orentano.

In medesima seduta vengono analizzati tutti gli altri indicatori e flussi pervenuti e si provvede all'elaborazione del Piano di formazione per l'anno in corso. In questa prospettiva il Piano qualità e sicurezza delle cure rappresenta un input della Direzione ed un output del processo di Riesame della Direzione.

Si tratta dunque di un momento centrale per l'organizzazione, revisione e programmazione delle attività della struttura Cure intermedie 'Maria Regina' di Orentano e che ne guida l'organizzazione per l'intero anno.

7. MONITORAGGIO PIANO DELL'ANNO PRECEDENTE

In medesima seduta da svolgersi ordinariamente nel mese di gennaio di ogni anno ai sensi della PRO MR 02 il Comitato qualità e sicurezza delle cure provvederà anche a:

- a) Analisi degli obiettivi dati dal Piano per la qualità e sicurezza delle cure dell'anno precedente e valutazione del livello di raggiungimento, anche in termini di budget, discostamento;
- b) Individuazione delle motivazioni del mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- c) Azioni di miglioramento da intraprendere;
- d) Riesame generale ed analisi complessiva dell'intera organizzazione del servizio con indicazione dei punti di forza e di debolezza.

Come facile comprendere, queste sezioni non possono essere compilate in sede di prima approvazione del Piano in quanto, come sopra espresso, la struttura è stata aperta il 19 dicembre 2023 e non dispone di uno storico di dati sufficiente per svolgere il riesame. Dunque, il presente Piano ha, quasi esclusivamente, natura programmatica.

8. PROGRAMMAZIONE 2024

Come asserito in tutti i precedenti capitoli, il presente documento ha natura essenzialmente programmatica e questo capitolo costituisce veramente il 'cuore' della programmazione 2024 che rappresenta il primo anno di attività della struttura sanitaria che viene vissuto con particolare entusiasmo da parte di tutti gli operatori addetti. C'è da tenere in considerazione anche il fatto che –

pur aperto il 19 Dicembre 2023 con utenza privata – la convenzione è stata siglata il 22 Febbraio 2024 ed i primi utenti in convenzione hanno fatto ingresso il 26 Febbraio scorso. In questa prospettiva i dati a disposizione per l’elaborazione del Piano sono veramente pochi ma l’attività di programmazione oltre che indispensabile è anche un momento particolarmente atteso e preparato da responsabili e personale in quanto costituisce il momento nel quale ognuno può assicurare il suo apporto all’organizzazione della struttura ed al suo miglioramento e, in questo primo anno, tale attiva partecipazione assume un aspetto veramente bello e importante.

Per questa prima programmazione il Comitato qualità e sicurezza delle cure – in relazione agli obiettivi e finalità della struttura espressi nella Mission – ha voluto collegare alcuni indicatori programmatici tratti dal sistema di accreditamento istituzionale aggiungendone altri di natura interna.

In questa prospettiva andiamo ad analizzare le finalità e gli obiettivi specifici che la struttura si dà per questo primo anno 2024 e gli impegni assunti per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

1) Qualità e sicurezza delle cure – Gestione del rischio clinico:

La qualità e sicurezza delle cure nonché la gestione del rischio clinico, come indicato anche nei precedenti capitoli, rappresentano un obiettivo primario della struttura Cure intermedie ‘Maria Regina’ di Orentano e per assicurare un buon livello in questo settore l’organizzazione si propone di presidiare i seguenti indicatori specifici con relativo obiettivo da raggiungere nell’anno.

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RESPONSABILE
Valutazione in ingresso tramite accertamento infermieristico	Percentuale di ricoveri/accessi in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso tramite accertamento infermieristico	Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso con raccolta dati (accertamento infermieristico)	Numero di cartelle cliniche revisionate	95%	Revisione Documentazione Clinica	Indicatore garantito dal sistema “Cartella sanitaria” (la cartella deve essere compilata per il proseguimento ordinario)	Coordinatore di struttura
Valutazione in ingresso da parte del medico o altra figura professionale entro le 24h da ingresso in struttura	Percentuale di ricoveri/accessi in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso (anamnesi ed altre valutazioni da parte di medici e di professionisti sanitari non medici)	Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso tramite anamnesi ed altre valutazioni ulteriori rispetto all'accertamento infermieristico	Numero di cartelle cliniche revisionate	95%	Revisione Documentazione Clinica	Indicatore garantito dal sistema “Cartella sanitaria” (la cartella deve essere compilata per il proseguimento ordinario)	Coordinatore di struttura
Valutazione periodica dei rischi assistenziali	Percentuale ricoveri/accessi in cui è stata effettuata la valutazione dei rischi assistenziali (nel setting di ricovero almeno: rischio cadute, rischio ulcere da pressione, rischio	Numero di cartelle in cui è stata effettuata la valutazione di rischio coerente con le condizioni del paziente	Numero di cartelle cliniche revisionate eligibili	85%	Revisione Documentazione Clinica	Cartella sanitaria	Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RESPONSABILE
	nutrizionale) laddove coerente con le condizioni del paziente						
Pianificazione delle attività assistenziali in coerenza con le valutazioni	Percentuale ricoveri/accessi in cui sono individuati e realizzati interventi assistenziali coerenti con le valutazioni	Numero di cartelle in cui sono individuati interventi assistenziali coerenti con le valutazioni	Numero di cartelle cliniche revisionate	80%	Revisione Documentazione Clinica	Cartelle cliniche chiuse dal 01 al 15esimo giorno del secondo mese del trimestre (Maggio, Agosto, Novembre).	Coordinatore con team di struttura
Individuazione del medico di riferimento	Percentuale di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento	Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un medico di riferimento	Numero di pazienti intervistati	40%	Indagine Utenti	Tutti i questionari	Coordinatore di struttura
Individuazione dell'infermiere di riferimento	Percentuale di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento	Numero di pazienti che dichiarano che è stato loro assegnato un infermiere di riferimento	Numero di pazienti intervistati	10%	Indagine Utenti	Tutti i questionari	Coordinatore di struttura
Registrazione in cartella clinica dell'operatore di riferimento	EVIDENZA SUGGERITA Registrazione in cartella clinica dell'operatore di riferimento			90%	Revisione Documentazione Clinica	Cartelle cliniche chiuse dal 01 al 15esimo giorno del secondo mese del trimestre (Maggio, Agosto, Novembre).	Coordinatore di struttura
Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione della sepsi grave e dello shock settico a				SI	Presenza percorso diagnostico	Presenza nel sistema documentale aziendale	Direttore sanitario

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RESPONSABILE
partire dalla sua identificazione precoce in tutti i setting assistenziali (applicazione del livello di base della PSP “sepsi”)					terapeutico formalizzato		
Protocolli di isolamento e di gestione del paziente atti a ridurre il rischio infettivo				SI	Presenza protocollo di isolamento e gestione del paziente	Presenza nel sistema documentale aziendale	Direttore sanitario
Monitoraggio dell'applicazione della procedura sul lavaggio delle mani				SI	Presente PRO MR 09 Presente DOC MR 38	Presenza DOC MR 38 scheda monitoraggio aggiornata	Coordinatore di struttura
Diffusione dei risultati del monitoraggio del lavaggio delle mani ed esempi di azioni di miglioramento				SI	Documentale	Condivisione in equipe settore	Equipe di Settore Diffusione Coordinatore di struttura
Esempi di azioni informative ed educative al paziente sulla prevenzione del rischio infettivo				SI	Monitoraggio Interno	Foglietto informativo (brochure) su prevenzione rischio infettivo	Coordinatore di struttura
Protocollo per la riconciliazione terapeutica nelle diverse fasi del percorso : ammissione, ricovero e dimissione (applicazione del livello di base della psp)		Numero di cartelle cliniche dove vi è evidenza della applicazione	Numero di cartelle cliniche revisionate	70%	Revisione Documentazione Clinica	Protocollo interno	Direttore sanitario

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RESPONSABILE
“riconciliazione”)							
Scheda terapeutica unica per la prescrizione e somministrazione dei farmaci (applicazione livello di base della psp “scheda terapeutica unica”)		Numero di STU correttamente compilate secondo le indicazioni della buona pratica regionale	Numero di cartelle cliniche revisionate	80%	Revisione Documentazione Clinica	Presenza in cartella digitale automaticamente	Direttore Sanitario
Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali relative ai farmaci: 1 (KCL), 7 (gestione e conservazione dei farmaci ed errori di terapia), 12 (farmaci LASA), 17 (riconciliazione)				SI	Monitoraggio Interno		Direttore Sanitario
Sono adottate modalità condivise per la prescrizione di antibiotici e viene svolta educazione al paziente sull'uso corretto degli antibiotici				SI	Documento	Brochure Antibiotici	Direttore Sanitario, Medici
Monitoraggio delle segnalazioni di reazione avverse conseguenti all'uso dei farmaci (ADR)				SI	Monitoraggio Interno	Procedura adottata	Direttore sanitario
Lettera di dimissione con informazioni sulle azioni da intraprendere e sulla riconciliazione terapeutica	Percentuale lettere di dimissioni compilate correttamente	Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente	Numero totale lettere di dimissioni	85%	Revisione Documentazione Clinica	Cartelle cliniche chiuse dal 01 al 15esimo giorno del secondo mese del trimestre (Febbraio, Maggio, Agosto, Novembre)	Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RESPONSABILE
Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali relative i dispositivi (9) ovvero dell'adozione di modalità per la prevenzione dei rischi correlati all'utilizzo dei dispositivi medici				SI	Monitoraggio Interno		Direttore Sanitario
Presenza e corretta gestione di un registro per tracciare l'utilizzo degli impiantabili				SI	Documento	Verificare presenza registro	Direttore sanitario
Adozione di modalità condivise per l'utilizzo di dispositivi medici (modalità di inserimento , tempi di utilizzo, tecniche asettiche per l'inserimento e il monitoraggio)				SI	Documento	Verificare presenza documento	Direttore sanitario
Tracciabilità dei dispositivi sterili riutilizzabili e impiantabili nella documentazione sanitaria				SI	Monitoraggio Interno	Non Pertinente	Coordinatore di struttura
Registrazione nella documentazione sanitaria del percorso educativo del paziente				70%	Revisione Documentazione Clinica	Diario assistenziale/infermieris tico da verificare alla dimissione	Coordinatore di struttura
Registrazione della valutazione del dolore e delle azioni conseguenti		Numero cartelle cliniche/documentazioni sanitarie in cui sono presenti le corrette registrazioni della	Numero cartelle cliniche/documentazioni sanitarie revisionate	80% per le registrazioni 100% per i trattamenti	Revisione Documentazione Clinica	Diario assistenziale/infermieris tico da verificare alla dimissione (scala VAS e Painad)	Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RESPONSABILE
		valutazione del dolore e del trattamento effettuato quando la soglia stabilita è superata					
Protocolli di rilevazione del dolore per pazienti che hanno difficoltà a comunicare				SI	Documento	Verifica presenza documento	Direttore sanitario
Registrazione della percezione degli interventi per il controllo del dolore	Percentuale pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore	Numero di pazienti che dichiarano che è stato fatto il possibile per il controllo del dolore	Numero di pazienti intervistati	95% pazienti ricoverati 65% pazienti PS	Indagine Utenti	Questionario Utenti	Coordinatore di struttura
Audit per la valutazione integrata dei dati che riguardano la gestione del dolore, provenienti dalla revisione della documentazione clinica e dalle indagini con gli utenti				Almeno due incontri per anno	Documento (Verbale)	Maggio/Novembre	Coordinatore con valutazione dell'equipe di struttura
Monitoraggio dell'applicazione del livello di base della PSP "identificazione del paziente"				SI	Monitoraggio Interno		Direttore sanitario
Monitoraggio delle modalità per la identificazione attiva del paziente nei diversi momenti del percorso di cura				SI	Monitoraggio Interno		Coordinatore con equipe di struttura
Procedure per la prevenzione dei rischi correlati alla gestione degli				SI	Documento	Presenza procedura	Direttore sanitario

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RESPONSABILE
accessi venosi centrali (PICC, MEDLINE, PORT, CVC ecc) e periferici							
Presenza nella documentazione sanitaria della registrazione del posizionamento e del monitoraggio degli accessi venosi centrali				95%	Revisione Documentazione Clinica	Cartelle cliniche	Direttore sanitario
Registrazione nella documentazione sanitaria dell'educazione al paziente sulle modalità di gestione dell'accesso vascolare centrale				SI	Monitoraggio Interno	Registrazione in cartella digitale	Direttore sanitario
Set minimo di informazioni cliniche ed assistenziali che permette una comunicazione verbale e/o scritta sintetica ed efficace (applicazione del livello di base della PSP "handover")				SI	Monitoraggio Interno	Procedura handover	Direttore sanitario
Sistema per la segnalazione di eventi con danno e senza danno (applicazione del livello base della PSP "incident reporting")				SI	Monitoraggio Interno		Direttore sanitario
Realizzazione M&M	Numero di M&M review (revisioni di morbilità e mortalità) svolte in un anno			2	Monitoraggio Interno	Verbali	Direttore sanitario
Report di audit SEA con la	Percentuale di azioni di	Numero di azioni di	Numero di azioni di	70%	Monitoraggio	Verbali	Direttore sanitario

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RESPONSABILE
definizione di azioni di miglioramento, responsabilità e tempi di realizzazione	miglioramento conseguenti ad AUDIT SEA (audit su eventi significativi) a cui si è partecipato realizzate nei tempi fissati rispetto a quelle previste	miglioramento realizzate nei tempi previsti e concordati	miglioramento conseguenti ad Audit SEA		Interno		
Monitoraggio dell'applicazione linee guida ministeriali per la gestione e comunicazione degli eventi avversi in sanità				SI	Monitoraggio Interno	Elenco formalizzato	Direttore sanitario
Verbali di incontri su base almeno annuale relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, contenenti anche le ipotesi di miglioramento				SI	Documento, interviste	Verbali	Coordinatore di struttura
Report di adesione	Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale			3	Revisione Documentazione Clinica		Direttore sanitario
Verbali di incontri almeno annuali relativi alla discussione sui dati relativi all'adesione agli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale e conseguenti piani di miglioramento				1	Documento	Verbali	Coordinatore di struttura
Riunioni di analisi dell'andamento del piano di miglioramento				SI	Documento, interviste	Verbali	Direttore sanitario

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RESPONSABILE
Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione del rischio suicidiario ed alla gestione delle aggressioni verso operatori				SI	Monitoraggio Interno		Direttore sanitario
Monitoraggio dell'applicazione del livello di base della PSP relativa alla comunicazione difficile degli eventi avversi				SI	Monitoraggio Interno		Direttore sanitario
Procedura su modalità e tempi di attivazione del team emergenza intraospedaliera				SI	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura
Rilevazione del numero di pazienti deceduti per arresto cardiaco inatteso	Percentuale deceduti per arresto cardiaco inatteso	Numero di deceduti per arresto cardiaco inatteso	Numero di deceduti totali	raccolta del dato	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura
Iniziative di formazione finalizzata al miglioramento della comunicazione tra sanitari e pazienti				SI	Monitoraggio Interno	Programma formazione adottato	Coordinatore di struttura
Rilevazione segnalazioni	Percentuale pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta	Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta	Numero di pazienti intervistati	85% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 95% donne percorso materno	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RESPONSABILE
				infantile 85% pazienti cure primarie			
Rilevazione segnalazioni	Percentuale pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti intervistati	80% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 80% donne percorso materno infantile	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Monitoraggio della valutazione da parte dei pazienti oncologici del comfort e dell'accoglienza durante il percorso di cura	Adeguatezza – Familiarità e continuità – Qualità e sicurezza delle cure			SI	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura
Numero cadute registrate su numero pazienti presi in carico					Monitoraggio interno	Elenco cadute	Coordinatore di struttura
Esito verbale Commissione controllo interno ex PRO 00					Monitoraggio interno	Verbali	Coordinatore di struttura

Scheda budget

Per questa prima annualità risulta particolarmente importante quantificare sia i livelli che i costi del personale sanitario assegnato alla struttura nell'ottica di poter valutare – anche con trend pluriennale - l'organizzazione programmata con la disponibilità e la sostenibilità economica della stessa nell'ottica di assicurare la migliore gestione della qualità e sicurezza delle cure, l'adeguatezza ed appropriatezza del sistema. Si tenga presente che la struttura ha operato con circa 20 utenti medi fino a febbraio 2024 e da marzo è andata verso il completamento della stessa.

Tipologia risorsa	Quantità	Stima economica annuale	Modalità rilevazione	Note
Personale medico	N°7	199.848€	Fatturazione emessa	Il personale medico collabora con la struttura con legame libero-professionale;
Personale infermieristico	N°10	351.735€	Buste paga	Il personale infermieristico è direttamente dipendente della struttura, salvo religiose che vi prestano servizio ex art. 1 CCNL UNEBA
Personale fisioterapico	N°1	37.200€	Buste paga	Il personale fisioterapico è direttamente dipendente della struttura
Personale assistenziale (OSS)	N°13	394.112€	Buste paga	Il personale assistenziale (OSS) è direttamente dipendente della struttura

2) Partecipazione:

La partecipazione rappresentano un altro obiettivo primario della struttura Cure intermedie 'Maria Regina' di Orentano che discende direttamente dal suo assetto valoriale destinato a valorizzare la sussidiarietà, la partecipazione dell'utenza all'organizzazione e miglioramento del servizio e l'integrazione con il territorio e le realtà sociali ed associative. La partecipazione, infatti, è un principio che opera sia in relazione all'utenza ed ai familiari che al personale e le realtà territoriali presenti nella comunità che ospita la struttura sanitaria. Per assicurare un buon livello in questo settore l'organizzazione si propone di presidiare i seguenti indicatori specifici con relativo obiettivo da raggiungere nell'anno.

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVATORE
Rilevazione delle informazioni fornite	Percentuale pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato	Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato	Numero di pazienti intervistati	90%	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVATORE
	spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio	spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio					
Rilevazione delle informazioni fornite	Percentuale pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto	Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto	Numero di pazienti intervistati	95%	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Registrazione nella documentazione sanitaria dell'educazione al paziente sulle modalità di gestione dell'accesso vascolare centrale				SI	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura
Piano di miglioramento della struttura, elaborato sulla base delle informazioni disponibili e derivanti dal sistema di reporting and learning, dalla valutazione degli esiti, dalla valutazione della applicazione di protocolli, dai dati sulle infezioni, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti,				SI	Documento		Direttore sanitario

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVATORE
valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc)							
Riunioni di analisi dell'andamento del piano di miglioramento				SI	Documento, interviste	Verbali	Direttore sanitario
Registrazione della percezione delle informazioni fornite	Percentuale pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti	Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero hanno ricevuto informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute o sui trattamenti cui sono stati sottoposti	Numero di pazienti intervistati	95%	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Rilevazione della percezione delle riservatezza dei colloqui	Percentuale pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza	Numero di pazienti che dichiarano che durante il ricovero i colloqui sul proprio stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza	Numero di pazienti intervistati	95%	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Rilevazione della percezione della chiarezza delle risposte ricevute dai medici	Percentuale di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare	Numero di pazienti che dichiarano che le risposte ricevute dai medici erano chiare	Totale dei pazienti intervistati	95%	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Rilevazione della percezione	Percentuale di pazienti	Numero di pazienti che	Totale dei pazienti	95%	Indagine Utenti		Coordinatore di

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVATORE
della chiarezza delle risposte ricevute dagli infermieri	che dichiarano che le risposte ricevute dagli infermieri erano chiare	dichiarano che le risposte ricevute dagli infermieri erano chiare	intervistati				struttura
Rilevazione della percezione della concordanza delle informazioni	Percentuale di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti	Numero di pazienti che dichiarano di avere avuto informazioni concordanti da operatori sanitari differenti	Numero di pazienti intervistati	95%	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Rilevazione segnalazioni	Percentuale pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti intervistati	80% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 80% donne percorso materno infantile	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Monitoraggio della pianificazione della dimissione	% cartelle cliniche dove vi è evidenza di una pianificazione tempestiva della dimissione	Numero di cartelle cliniche dove vi è evidenza di una pianificazione della dimissione entro 48h dall'ammissione	Numero di cartelle cliniche analizzate	70%	Revisione Documentazione Clinica		Direttore sanitario
Monitoraggio della	% dimissioni entro le ore	Numero di pazienti	Numero di pazienti	20%	Monitoraggio		Coordinatore di

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVATORE
pianificazione della dimissione	12.00	dimessi entro le ore 12.00	dimessi		Interno		struttura
Monitoraggio della pianificazione della dimissione	% pazienti o familiari che dichiarano che la data di dimissione è stata indicata con congruo anticipo	Numero di pazienti che dichiarano che la data di dimissione è stata indicata con congruo anticipo	Numero di pazienti che hanno risposto alla domanda	75%	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Monitoraggio questionario gradimento familiari con esito positivo su numero pz presi in carico						Si considera esito positivo la valutazione con sufficiente o superiore	Coordinatore di struttura
Numero reclami ricevuti su numero pz presi in carico					Monitoraggio interno	Scheda reclamo	Coordinatore di struttura
Numero questionari clima interno valutati positivamente su numero questionari compilati					Monitoraggio interno		Coordinatore di struttura

Scheda budget

In questa prima annualità di monitorizza il costo personale di segreteria addetto ai rapporti con familiari, parenti e realtà sociali e territoriali nell'ottica di valutarne l'impatto sulla sostenibilità economica e l'adeguatezza alle finalità prefisse.

Tipologia risorsa	Quantità	Stima economica annuale	Modalità rilevazione	Note
Personale di segreteria e supporto	N°1	15.729,49€	Busta Paga	Il personale di segreteria è quello che è direttamente destinato all'organizzazione dei rapporti con il territorio, con l'utenza ed i familiari e che prende parte attiva allo sviluppo delle attività di partecipazione ed integrazione con il territorio

3) Familiarità e continuità assistenziale

Altro principio e finalità che si è data l'organizzazione è quella di assicurare un ambiente familiare, autenticamente a misura d'uomo e caratterizzato da una presa in carico complessiva ed integrata dell'utente nell'ottica di assicurare la continuità assistenziale non soltanto dei pazienti che, in regime di convenzione, usufruiscono del prezioso servizio ACOT ma anche degli utenti privati. Anche tale principio è diretta emanazione dell'apporto valoriale che caratterizza la struttura e tende a valorizzare la dignità ed i diritti inviolabili dell'essere umano in una visione complessiva che non può prescindere dalla tipologia di approccio e servizio reso al paziente mai considerato come 'numero' ma come persona con tutti il suo carico di bisogni e necessità, talora anche organizzative, che la struttura mira a soddisfare.

Per il raggiungimento di tale finalità la struttura, per l'anno 2024, si prefigge di analizzare i seguenti ambiti dandosi relativi target da raggiungere:

EVIDENZA	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
Modalità codificate per favorire la condivisione con il paziente dell'intero processo di cura compresa la fase di	Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso	Numero di pazienti intervistati	90%	Indagine Utenti		Direttore sanitario

EVIDENZA	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
dimissione						
Lettera di dimissione con informazioni sulle azioni da intraprendere e sulla riconciliazione terapeutica	Numero di lettere di dimissioni compilate correttamente	Numero totale lettere di dimissioni	85%	Revisione Documentazione Clinica	Cartella digitale	Direttore sanitario
Rilevazione delle informazioni fornite	Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni gli e' stato spiegato cosa tenere sotto controllo una volta rientrati a domicilio	Numero di pazienti intervistati	90%	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Rilevazione delle informazioni fornite	Numero di pazienti che dichiarano che al momento delle dimissioni le spiegazioni gli sono state date per iscritto	Numero di pazienti intervistati	95%	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Procedure aziendali di trasporto e trasferimento dei pazienti			SI	Documento	Procedura	Direttore sanitario
Disponibilità di materiale educativo/informativo da consegnare alla dimissione			SI	Monitoraggio Interno	Materiale cartaceo	Coordinatore di struttura
Rilevazione della prescrizione di presidi alla dimissione	Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di presidi alla dimissione	Numero di pazienti intervistati	SI	Indagine Utenti	Cartella digitale	Coordinatore di struttura

EVIDENZA	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
Rilevazione della fornitura di presidi alla dimissione	Numero di pazienti che avevano bisogno di un presidio che dichiarano che questo gli è stato consegnato alla dimissione	Numero di pazienti intervistati	25%	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Rilevazione della prescrizione di farmaci alla dimissione	Numero di pazienti che dichiarano di aver avuto prescrizione di farmaci alla dimissione	Numero di pazienti intervistati	SI	Indagine Utenti	Cartella digitale	Coordinatore di struttura
Rilevazione della fornitura di farmaci alla dimissione	% di pazienti che dichiarano di aver avuto fornitura di farmaci alla dimissione	Numero di pazienti intervistati	65%	Indagine Utenti	Cartella digitale	Coordinatore di struttura
Piano di miglioramento della struttura, elaborato sulla base delle informazioni disponibili e derivanti dal sistema di reporting and learning, dalla valutazione degli esiti, dalla valutazione della applicazione di protocolli, dai dati sulle infezioni, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc)			SI	Documento	Esistenza Piano	Direttore sanitario
Riunioni di analisi			SI	Documento, interviste	Verbali	Direttore sanitario

EVIDENZA	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
dell'andamento del piano di miglioramento						
Iniziativa di formazione finalizzata al miglioramento della comunicazione tra sanitari e pazienti			SI	Monitoraggio Interno	Piano di formazione	Coordinatore di struttura
Rilevazione segnalazioni	Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta	Numero di pazienti intervistati	85% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 95% donne percorso materno infantile 85% pazienti cure primarie	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Rilevazione segnalazioni	Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti intervistati	80% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 80% donne percorso materno infantile	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Monitoraggio della valutazione da parte dei pazienti oncologici del comfort e dell'accoglienza			SI	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura

EVIDENZA	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
durante il percorso di cura						
Protocolli con esplicitazione dei criteri di ricovero condivisi tra PS e aree di degenza	Numero di utenti ricoverati in coerenza con i criteri condivisi	Numero di utenti ricoverati	SI	Monitoraggio Interno	Presenza protocolli	Direttore sanitario
Monitoraggio delle tempistiche adeguate	Numero di cartelle cliniche con anamnesi, esame obiettivo e impostazione terapia di urgenza effettuata entro 6 ore dal ricovero	Numero di cartelle cliniche analizzate	95%	Revisione Documentazione Clinica		Coordinatore con equipe struttura
Monitoraggio delle tempistiche adeguate	Numero di cartelle cliniche con ipotesi diagnostica ed iter clinico discusso nella equipe entro 24 ore	Numero di cartelle cliniche analizzate	70%	Revisione Documentazione Clinica		Coordinatore con equipe struttura
Monitoraggio dell'attivazione tempestiva delle risposte di continuità	Numero di pazienti con dimissioni complesse segnalati all'Agenzia di Continuità od al PUA entro 72 ore dall'ammissione	Numero di pazienti con dimissioni complesse	80%	Monitoraggio Interno		Coordinatore con equipe struttura
Monitoraggio della registrazione proattiva delle tappe essenziali	Numero di cartelle cliniche con evidenza della pianificazione del ricovero	Numero di cartelle cliniche analizzate	90%	Revisione Documentazione Clinica		Coordinatore con equipe struttura
Monitoraggio della efficacia del raccordo con le strutture di oncologia di riferimento	Numero pazienti degenti con NUOVA diagnosi oncologica rilevato durante la degenza ai quali viene effettuata una	Numero pazienti degenti con NUOVA diagnosi oncologica rilevato durante la degenza	80%	Revisione Documentazione Clinica		Coordinatore di struttura

EVIDENZA	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
	consulenza oncologica entro 2 giorni dalla diagnosi					
Monitoraggio della efficacia del raccordo con le strutture di oncologia di riferimento	Numero di pazienti degenti ricoverati per complicanze del trattamento oncologico che vengono valutati congiuntamente con gli specialisti oncologi entro la seconda giornata	Numero di pazienti degenti ricoverati per complicanze del trattamento oncologico	90%	Revisione Documentazione Clinica		Coordinatore di struttura
Monitoraggio delle segnalazioni dei pazienti cronici per l'inserimento nei percorsi CCM	Numero di lettere di dimissioni di pazienti eligibili con proposte specifiche di indirizzo ai percorsi attivi del CCM	Numero di lettere di dimissioni di pazienti eligibili secondo le indicazioni ricevute dalle Cure Primarie	70%	Revisione Documentazione Clinica		Coordinatore di struttura
Monitoraggio della pianificazione della dimissione	Numero di cartelle cliniche dove vi è evidenza di una pianificazione della dimissione entro 48h dall'ammissione	Numero di cartelle cliniche analizzate	70%	Revisione Documentazione Clinica	Cartella digitale	Coordinatore di struttura
Monitoraggio della pianificazione della dimissione	Numero di pazienti dimessi entro le ore 12.00	Numero di pazienti dimessi	20%	Monitoraggio Interno	Cartella digitale	Coordinatore di struttura
Monitoraggio della pianificazione della dimissione	Numero di pazienti che dichiarano che la data di dimissione è stata indicata con congruo anticipo	Numero di pazienti che hanno risposto alla domanda	75%	Indagine Utenti	Cartella digitale	Coordinatore di struttura

Su questo obiettivo non viene elaborata una specifica scheda budget destinata a costituire indice della finalità per questo primo anno in quanto, non essendoci parametri pregressi, risulterebbe anche inappropriato fare una mera previsione. Si rimanda all'analisi ed al monitoraggio 2024 per consentire una programmazione di budget nell'anno 2025.

4) Professionalizzazione

La professionalizzazione delle risorse umane addette alla struttura Cure intermedie rappresenta un obiettivo fondamentale della struttura e tramite il quale passa anche il raggiungimento delle altre finalità che l'ente si è dato. La qualità e professionalizzazione del personale addetto rappresenta certamente un valore aggiunto irrinunciabile soprattutto in un settore, quale quello sanitario, che ha a che fare con la salute ed il benessere delle persone.

In questa prospettiva la struttura, per l'anno 2024, si è data le seguenti finalità e obiettivi da raggiungere:

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
Esempi di azioni informative ed educative al paziente sulla prevenzione del rischio infettivo				SI	Monitoraggio Interno	Cartella digitale	Coordinatore di struttura
Presenza di un piano di inserimento per ogni neo inserito	Percentuale di schede di personale neo inserito con programma e valutazione	Numero di schede	Numero neo inseriti	100%	Monitoraggio Interno	Verifica Piano	Coordinatore di struttura
Presenza di un piano di inserimento per ogni neo assunto	Percentuale schede di personale neoassunto con programma e valutazione	Numero di schede	Numero neoassunti	100%	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura
Rilevazione della diffusione tra gli operatori	Percentuale risposte con esito positivo alla			60%	Indagine di Clima Interno		Coordinatore di struttura

	specifica domanda nell'ambito dell'indagine di clima interno						
Modalità' di diffusione degli strumenti di indirizzo clinico e assistenziale				SI	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura
Piano di miglioramento della struttura, elaborato sulla base delle informazioni disponibili e derivanti dal sistema di reporting and learning, dalla valutazione degli esiti, dalla valutazione della applicazione di protocolli, dai dati sulle infezioni, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc)				SI	Documento	Presenza del Piano	Direttore sanitario
Riunioni di analisi dell'andamento del piano di miglioramento				SI	Documento, interviste		Direttore sanitario
Raccolta fabbisogni formativi					Monitoraggio interno	Verbale/ Questionario	Coordinatore di struttura
Corsi di formazione svolti su corsi di formazione programmati					Monitoraggio interno	Piano Corsi effettivamente realizzati	Coordinatore di struttura

Sulla base dell'analisi dei fabbisogni formativi espressi dal personale in sede di valutazione del clima interno della struttura e delle esigenze emerse all'interno dell'organizzazione il Comitato qualità e sicurezza delle Cure, unitamente al Piano qualità e sicurezza delle cure, approva anche il Piano di formazione 2024 della struttura Cure intermedie 'Maria Regina' di cui ad allegato 'A' al presente Piano e parte integrante dello stesso.

Scheda budget

La scheda di budget prende in considerazione le spese per la realizzazione delle attività formative in termini anche di costi delle risorse umane interne impiegate nell'erogazione della formazione sia obbligatoria che professionalizzante.

Tipologia risorsa	Quantità	Stima economica annuale	Modalità rilevazione	Note
Costo percorso formativi programmati	Calcolo su circa 25 ore medie formazione/dipendente	7950,00 €	Registro corsi effettuati e fatture/prestazioni/buste paga	Si calcola in questo indicatore solo il costo docente/agenzia e personale addetto

5) Lavoro in equipe

Il lavoro in equipe rappresenta un'altra finalità prioritaria da raggiungere per la struttura Cure intermedie 'Maria Regina'. Il personale, giovane e motivato, costituisce certamente un punto di forza per il raggiungimento di tale obiettivo che va a costituire un indiscusso valore aggiunto nell'intera organizzazione e che contribuisce concretamente e trasversalmente anche al raggiungimento degli altri obiettivi. Un corpo del personale abituato a lavorare bene in equipe è un corpo di personale più motivato, più efficace ed efficiente e capace di rispondere ai fabbisogni che – soprattutto in campo sanitario – possono presentarsi costantemente.

In questa prospettiva la struttura, per l'anno 2024, si è data le seguenti finalità e obiettivi da raggiungere:

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
Valutazione in ingresso da parte del medico o altra figura professionale	Percentuale di ricoveri/accessi in cui è stata effettuata la	Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso	Numero di cartelle cliniche revisionate	95%	Revisione Documentazione Clinica	Cartella digitale automatico	Obbligata

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
	valutazione in ingresso (anamnesi ed altre valutazioni da parte di medici e di professionisti sanitari non medici)	tramite anamnesi ed altre valutazioni ulteriori rispetto all'accertamento infermieristico					
Audit almeno annuale di valutazione del rischio infettivo (che include dati di prevalenza o incidenza sulle infezioni presenti), consumo di antibiotici e dati microbiologici relativi alle antibioticoresistenze. I dati sono pubblicati negli spazi dedicati alla condivisione di informazione tra i professionisti che operano nel setting				Almeno due incontri per anno	Documento	Verbale	Coordinatore di struttura
Audit per la valutazione dei dati che riguardano le STU, derivanti dalla revisione della documentazione clinica				Almeno due incontri per anno	Documento (Verbale)		Coordinatore di struttura
Protocolli per il passaggio di consegne nelle aree e per i target a maggior rischio				SI	Monitoraggio Interno	Protocolli	Direttore sanitario
Modulistica per il passaggio delle consegne tra aree/ setting		Numero di trasferimenti / passaggi del paziente con	Numero di trasferimenti / passaggi del paziente	Raccolta del Dato	Revisione Documentazione	Cartella digitale – nella struttura Cure	Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
diverse		passaggio di consegne tracciato			Clinica	intermedie 'Maria Regina' l'unico passaggio di consegne è quello esistente tra i turni ed i due moduli esistenti;	
Rilevazione della diffusione tra gli operatori	Percentuale risposte con esito positivo alla specifica domanda nell'ambito dell'indagine di clima interno			60%	Indagine di Clima Interno		Coordinatore di struttura
Modalità di diffusione degli strumenti di indirizzo clinico e assistenziale				SI	Monitoraggio Interno		Direttore sanitario
Report di audit SEA con la definizione di azioni di miglioramento, responsabilità e tempi di realizzazione	Percentuale di azioni di miglioramento conseguenti ad AUDIT SEA (audit su eventi significativi) a cui si è partecipato realizzate nei tempi fissati rispetto a quelle previste	Numero di azioni di miglioramento realizzate nei tempi previsti e concordati	Numero di azioni di miglioramento conseguenti ad Audit SEA	70%	Monitoraggio Interno		Direttore sanitario
Verbali di incontri su base almeno annuale relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, contenenti anche le ipotesi di miglioramento				SI	Documento, interviste		Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
Verbal di incontri almeno annuali relativi alla discussione sui dati relativi all'adesione agli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale e conseguenti piani di miglioramento				1	Documento	Verbali	Coordinatore di struttura
Piano di miglioramento della struttura, elaborato sulla base delle informazioni disponibili e derivanti dal sistema di reporting and learning, dalla valutazione degli esiti, dalla valutazione della applicazione di protocolli, dai dati sulle infezioni, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc)				SI	Documento	Esistenza del Piano	Direttore sanitario
Riunioni di analisi dell'andamento del piano di miglioramento				SI	Documento, interviste	Verbale	Direttore sanitario
Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione del rischio suicidiario ed alla gestione				SI	Monitoraggio Interno		Direttore sanitario

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
delle aggressioni verso operatori							
Procedura su modalità e tempi di attivazione del team emergenza intraospedaliera				SI	Monitoraggio Interno	Procedura	Direttore sanitario
Iniziative di formazione finalizzata al miglioramento della comunicazione tra sanitari e pazienti				SI	Monitoraggio Interno	Piano di formazione	Coordinatore di struttura
Rilevazione segnalazioni	Percentuale pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta	Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta	Numero di pazienti intervistati	85% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 95% donne percorso materno infantile 85% pazienti cure primarie	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Rilevazione segnalazioni	Percentuale pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti intervistati	80% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 80% donne percorso materno infantile	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
E' presente un sistema condiviso in grado di gestire la	% pazienti accettati in ricovero entro 2 ore dalla			70%	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
disponibilità dei posti letto ed il ricovero dei pazienti dal PS alle aree di degenza	chiusura del caso con 'destinazione ricovero' da parte del PS						
Monitoraggio dell'appropriatezza del setting di ricovero	Percentuale di standard raggiunti per TO std dei DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza	Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard	N. DRG Medici LEA erogati	<22%	Sistema di valutazione delle performance		Coordinatore con equipe di struttura
Monitoraggio delle tempistiche adeguate	% cartelle cliniche con ipotesi diagnostica ed iter clinico discusso nella equipe entro 24 ore	Numero di cartelle cliniche con ipotesi diagnostica ed iter clinico discusso nella equipe entro 24 ore	Numero di cartelle cliniche analizzate	70%	Revisione Documentazione Clinica		Coordinatore di struttura

Scheda budget

La presente scheda di budget monitorizza il costo per lo svolgimento ordinario delle riunioni di equipe/settore e coordinamento della struttura sanitaria di Cure intermedie 'Maria Regina' di Orentano (PI):

Tipologia risorsa	Quantità	Stima economica annuale	Modalità rilevazione	Note
Costo delle risorse umane impiegate in riunioni di equipe – settore	N°7	6.484€	Buste Paga + Fatture	

6) Approccio multidimensionale

Altro aspetto, particolarmente connesso all'obiettivo di cui al capitolo precedente, è dato dalla capacità del personale di operare con approccio multidimensionale in equipe. Soprattutto in ambito sanitario questa modalità di lavoro rappresenta un aspetto importante, anzi determinante. I bisogni sanitari sono spesso complessi e differenziati ed è necessario assicurare un reale approccio integrato e multidimensionale per meglio corrispondere alla complessità degli stessi.

In questa prospettiva la struttura, per l'anno 2024, si è data le seguenti finalità e obiettivi da raggiungere:

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
Valutazione in ingresso da parte del medico o altra figura professionale	Percentuale di ricoveri/accessi in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso (anamnesi ed altre valutazioni da parte di medici e di professionisti sanitari non medici)	Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso tramite anamnesi ed altre valutazioni ulteriori rispetto all'accertamento infermieristico	Numero di cartelle cliniche revisionate	95%	Revisione Documentazione Clinica	Cartella digitale	Obbligato
Pianificazione delle attività assistenziali in coerenza con le valutazioni	Percentuale ricoveri/accessi in cui sono individuati e realizzati interventi assistenziali coerenti con le valutazioni	Numero di cartelle in cui sono individuati interventi assistenziali coerenti con le valutazioni	Numero di cartelle cliniche revisionate	80%	Revisione Documentazione Clinica		Coordinatore con equipe di struttura
Audit per la valutazione dei dati che riguardano la valutazione multidimensionale derivanti dalla revisione della documentazione clinica				Almeno due incontri per anno	Documento	Verbale	Coordinatore ed equipe di struttura
Audit almeno annuale di valutazione del rischio infettivo				Almeno due incontri per anno	Documento	Verbale	Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
(che include dati di prevalenza o incidenza sulle infezioni presenti), consumo di antibiotici e dati microbiologici relativi alle antibioticoresistenze. I dati sono pubblicati negli spazi dedicati alla condivisione di informazione tra i professionisti che operano nel setting							
Sono adottate modalità condivise per la prescrizione di antibiotici e viene svolta educazione al paziente sull'uso corretto degli antibiotici				SI	Monitoraggio Interno		Coordinatore con equipedi struttura
Audit per la valutazione dei dati che riguardano le STU, derivanti dalla revisione della documentazione clinica				Almeno due incontri per anno	Documento	Verbale	Coordinatore di struttura
Verbali di incontri su base almeno annuale relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, contenenti anche le ipotesi di miglioramento				SI	Documento, interviste	Verbale	Coordinatore di struttura
Verbali di incontri almeno annuali relativi alla discussione sui dati relativi all'adesione agli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e				1	Documento	Verbali	Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
assistenziale e conseguenti piani di miglioramento							
Piano di miglioramento della struttura, elaborato sulla base delle informazioni disponibili e derivanti dal sistema di reporting and learning, dalla valutazione degli esiti, dalla valutazione della applicazione di protocolli, dai dati sulle infezioni, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc)				SI	Documento	Esistenza del Piano	Direttore sanitario
Riunioni di analisi dell'andamento del piano di miglioramento				SI	Documento, interviste	Verbale	Direttore sanitario
Procedura su modalità e tempi di attivazione del team emergenza intraospedaliera				SI	Monitoraggio Interno	Procedura	Direttore sanitario
Iniziative di formazione finalizzata al miglioramento della comunicazione tra sanitari e pazienti				SI	Monitoraggio Interno	Registro corsi effettuati	Coordinatore di struttura
Rilevazione segnalazioni	Percentuale pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta	Numero di pazienti che dichiarano ottima o buona l'assistenza ricevuta	Numero di pazienti intervistati	85% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 95% donne percorso materno infantile	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
				85% pazienti cure primarie			
Rilevazione segnalazioni	Percentuale pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti intervistati	80% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 80% donne percorso materno infantile	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Monitoraggio della valutazione da parte dei pazienti oncologici del comfort e dell'accoglienza durante il percorso di cura	Adeguatezza – Familiarità e continuità – Qualità e sicurezza delle cure			SI	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura
E' presente un sistema condiviso in grado di gestire la disponibilità dei posti letto ed il ricovero dei pazienti dal PS alle aree di degenza	% pazienti accettati in ricovero entro 2 ore dalla chiusura del caso con 'destinazione ricovero' da parte del PS			70%	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura
Monitoraggio dell'appropriatezza del setting di ricovero	Percentuale di standard raggiunti per TO std dei DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza	Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard	N. DRG Medici LEA erogati	<22%	Sistema di valutazione delle performance		Direttore sanitario
Sono adottate modalità di lavoro in equipè multiprofessionale per la discussione giornaliera dei casi a maggiore complessità ai fini di un processo decisionale congiunto				SI	Monitoraggio Interno		Direttore sanitario

Scheda budget

La presente scheda di budget ha la finalità di monitorare il costo dello svolgimento delle ordinarie riunioni multidimensionali di struttura nell’ottica di valutarne il costo economico ed anche l’adeguatezza rispetto alle finalità prefissate nell’ottica del miglioramento costante della qualità del servizio erogato:

Tipologia risorsa	Quantità	Stima economica annuale	Modalità rilevazione	Note
Costo personale impiegato riunioni multidimensionali di struttura	N°4	38.981€	Buste Paga + Fatture	

7) Adeguatezza e appropriatezza

È ormai diffusa la cognizione che l’appropriatezza delle cure può essere misurata e costituire quindi la base per compiere le scelte migliori sia per il singolo paziente sia per la collettività. Il ruolo dei professionisti che operano sul campo è fondamentale per raggiungere livelli sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa e pertanto va promosso e sviluppato come espresso nei capitoli precedenti in merito alla ‘professionalizzazione’ delle risorse umane. Si tratta infatti di principi tra loro correlati e la realizzazione dell’uno contribuisce certamente al buon esito dell’altro. L’appropriatezza richiama anche il concetto di multidimensionalità in quanto trattasi di concetto complesso con componenti e dimensioni differenti e tra loro anche parallele come il livello di evidenza scientifica, il punto di vista del paziente, quello dell’organizzazione ed i valori della società. Il concetto di appropriatezza potrebbe esser definito come ciò che risulta adeguato (ad esempio a una circostanza), preciso (ad esempio in risposta a determinati bisogni), calzante (soprattutto con riferimento a espressioni verbali o linguistiche), opportuno (aggiungendo ai significati precedenti una sfumatura di buon senso o buon gusto) in relazione ad un bisogno rilevato. In generale, al centro del concetto risiede dunque l’idea che un’espressione verbale o un comportamento, ma anche un’azione, una scelta, una decisione, sia appropriata quando risulti “adatta, conveniente, giusta” per la situazione in cui si verifica. Il concetto di appropriatezza che si è andato sviluppando nell’ambito dei servizi e dell’assistenza sanitaria trova ovvie radici in questi significati specifici. In questa prospettiva la struttura, per l’anno 2024, si è data le seguenti finalità e obiettivi da raggiungere:

EVIDENZA	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
Valutazione in ingresso da parte del medico o altra figura professionale	Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso tramite anamnesi ed altre valutazioni ulteriori rispetto all'accertamento infermieristico	Numero di cartelle cliniche revisionate	95%	Revisione Documentazione Clinica	Cartella digitale - obbligatorio	Coordinatore di struttura
Valutazione periodica dei rischi assistenziali	Numero di cartelle in cui è stata effettuata la valutazione di rischio coerente con le condizioni del paziente	Numero di cartelle cliniche revisionate eligibili	85%	Revisione Documentazione Clinica		Coordinatore di struttura
Pianificazione delle attività assistenziali in coerenza con le valutazioni	Numero di cartelle in cui sono individuati interventi assistenziali coerenti con le valutazioni	Numero di cartelle cliniche revisionate	80%	Revisione Documentazione Clinica		Coordinatore con equipe di struttura
Modalità codificate per favorire la condivisione con il paziente dell'intero processo di cura compresa la fase di dimissione	Numero di pazienti che dichiarano che il loro percorso di cura compresa la fase di dimissione è stato condiviso	Numero di pazienti intervistati	90%	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura
Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione della sepsi grave e dello shock settico a partire dalla sua identificazione precoce in tutti i setting assistenziali (applicazione del livello di base della PSP “sepsi”)			SI	Monitoraggio Interno		Direttore sanitario
Protocolli di rilevazione del dolore per pazienti che hanno difficoltà a			SI	Documento		Direttore sanitario

EVIDENZA	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
comunicare						
Monitoraggio delle modalità per la identificazione attiva del paziente nei diversi momenti del percorso di cura			SI	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura
Piano di miglioramento della struttura, elaborato sulla base delle informazioni disponibili e derivanti dal sistema di reporting and learning, dalla valutazione degli esiti, dalla valutazione della applicazione di protocolli, dai dati sulle infezioni, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc)			SI	Documento		Direttore sanitario
Riunioni di analisi dell'andamento del piano di miglioramento			SI	Documento, interviste		Direttore sanitario
Monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione del rischio suicidiario ed alla gestione delle aggressioni verso operatori			SI	Monitoraggio Interno		Direttore sanitario
Rilevazione segnalazioni	Numero di pazienti che raccomanderebbero ad amici e parenti il servizio per farsi curare	Numero di pazienti intervistati	80% pazienti ricoverati 70% pazienti PS 80% donne percorso materno	Indagine Utenti		Coordinatore di struttura

EVIDENZA	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
			infantile			
Monitoraggio della valutazione da parte dei pazienti oncologici del comfort e dell'accoglienza durante il percorso di cura			SI	Monitoraggio Interno		Coordinatore di struttura

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
Protocolli con esplicitazione dei criteri di ricovero condivisi tra PS e aree di degenza	% utenti ricoverati in coerenza con i criteri definiti	Numero di utenti ricoverati in coerenza con i criteri condivisi	Numero di utenti ricoverati	SI	Monitoraggio Interno		
Monitoraggio dell'appropriatezza del setting di ricovero	Percentuale di standard raggiunti per TO std dei DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza	Somma delle percentuali di raggiungimento degli standard	N. DRG Medici LEA erogati	<22%	Sistema di valutazione delle performance		
Monitoraggio delle tempistiche adeguate	% cartelle cliniche con anamnesi, esame obiettivo e impostazione terapia di urgenza effettuata entro 6 ore dal ricovero	Numero di cartelle cliniche con anamnesi, esame obiettivo e impostazione terapia di urgenza effettuata entro 6 ore dal ricovero	Numero di cartelle cliniche analizzate	95%	Revisione Documentazione Clinica		
Monitoraggio delle tempistiche adeguate	% cartelle cliniche con ipotesi diagnostica ed iter clinico discusso nella equipe entro 24 ore	Numero di cartelle cliniche con ipotesi diagnostica ed iter clinico discusso nella equipe entro 24 ore	Numero di cartelle cliniche analizzate	70%	Revisione Documentazione Clinica		
Monitoraggio dell'attivazione tempestiva delle risposte di	% di pazienti con dimissioni complesse	Numero di pazienti con dimissioni complesse	Numero di pazienti con dimissioni complesse	80%	Monitoraggio Interno		

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
continuità	segnalati all'Agenzia Continuità o PUA entro 72 ore dall'ammissione	segnalati all'Agenzia di Continuità od al PUA entro 72 ore dall'ammissione					
Monitoraggio della registrazione proattiva delle tappe essenziali	% di cartelle cliniche dove vi è evidenza della pianificazione del ricovero	Numero di cartelle cliniche con evidenza della pianificazione del ricovero	Numero di cartelle cliniche analizzate	90%	Revisione Documentazione Clinica		
Monitoraggio della efficacia del raccordo con le strutture di oncologia di riferimento	Numero di pazienti con nuova diagnosi oncologica rilevata durante la degenza per i quali viene effettuata una consulenza oncologica tempestivamente	Numero pazienti degenti con NUOVA diagnosi oncologica rilevato durante la degenza ai quali viene effettuata una consulenza oncologica entro 2 giorni dalla diagnosi	Numero pazienti degenti con NUOVA diagnosi oncologica rilevato durante la degenza	80%	Revisione Documentazione Clinica		
Monitoraggio della efficacia del raccordo con le strutture di oncologia di riferimento	Numero di pazienti degenti ricoverati per complicanze del trattamento oncologico valutati tempestivamente con gli specialisti oncologi	Numero di pazienti degenti ricoverati per complicanze del trattamento oncologico che vengono valutati congiuntamente con gli specialisti oncologi entro la seconda giornata	Numero di pazienti degenti ricoverati per complicanze del trattamento oncologico	90%	Revisione Documentazione Clinica		
Monitoraggio delle segnalazioni	% lettere di dimissioni con	Numero di lettere di	Numero di lettere di	70%	Revisione		

EVIDENZA	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	STANDARD	FONTE	NOTE	RILEVAZIONE
dei pazienti cronici per l'inserimento nei percorsi CCM	proposte specifiche di indirizzo ai percorsi attivi del Chronic Care Model	dimissioni di pazienti eligibili con proposte specifiche di indirizzo ai percorsi attivi del CCM	dimissioni di pazienti eligibili secondo le indicazioni ricevute dalle Cure Primarie		Documentazione Clinica		
Monitoraggio della pianificazione della dimissione	% cartelle cliniche dove vi è evidenza di una pianificazione tempestiva della dimissione	Numero di cartelle cliniche dove vi è evidenza di una pianificazione della dimissione entro 48h dall'ammissione	Numero di cartelle cliniche analizzate	70%	Revisione Documentazione Clinica		
Monitoraggio della pianificazione della dimissione	% dimissioni entro le ore 12.00	Numero di pazienti dimessi entro le ore 12.00	Numero di pazienti dimessi	20%	Monitoraggio Interno		
Monitoraggio della pianificazione della dimissione	% pazienti o familiari che dichiarano che la data di dimissione è stata indicata con congruo anticipo	Numero di pazienti che dichiarano che la data di dimissione è stata indicata con congruo anticipo	Numero di pazienti che hanno risposto alla domanda	75%	Indagine Utenti		

Scheda budget

Sotto questo aspetto specifico la scheda di budget è finalizzata a rilevare, rispetto alla spesa iniziale, l'apporto ed il costo degli interventi annuali per rendere sempre più adeguato – sulla base delle indicazioni dell'utenza – l'ambiente di vita e la camera del paziente in maniera da avere un report-spesa annuale che vada

Tipologia risorsa	Quantità	Stima economica annuale	Modalità rilevazione
Costo iniziale dotazione specifica arredo camere (Arredo, TV e similari)			
Costi integrativi annuali aggiuntivi rispetto alla dotazione iniziale		5750,00€	Fatture

8) **Innovazione:**

L'innovazione rappresenta un principio fondamentale cui è tesa l'intera organizzazione della struttura Cure intermedie 'Maria Regina' soprattutto nelle sue due declinazioni di:

- a) Innovazione tecnologica;
- b) Innovazione organizzativa.

Per questo primo anno di attività tuttavia la tensione al raggiungimento di aspetti di innovazione è presidiato con il supporto del Comitato di innovazione ma non legato a specifici indicatori per due ordini di motivi:

- **Innovazione tecnologica:** tutta la strumentazione tecnologica è stata appena acquistata e non vi sono ancora riscontri statistici sull'adeguatezza della stessa e la necessità di procedere a innovare alcuni strumenti piuttosto che altri – tale valutazione sarà svolta al termine dell'anno in relazione all'andamento ed al riscontro che sarà svolto almeno ad un anno dall'apertura della struttura;

- **Innovazione organizzativa:** similmente a quanto sopra riportato anche l'innovazione organizzativa di una struttura appena autorizzata al funzionamento richiede un'analisi sulla base almeno annuale per essere elaborata in prospettiva di riorganizzazione del servizio e della struttura. In questa sezione non è presente la scheda budget in quanto trattandosi di struttura nuova ed appena inaugurata, l'apertura ed il costo della propensione all'innovazione è stata realizzata in fase iniziale anche con l'acquisto e l'utilizzo della Cartella digitale e si necessita di un anno almeno di attività per individuare i potenziali margini di innovazione relativi ai precedenti parametri individuati anche in consultazione con apposito Comitato per l'innovazione.

9) **Punti di forza:**

La struttura Cure intermedie 'Maria Regina' di Orentano (Pi) – appena avviata – ha certamente alcuni punti di forza da valorizzare e potenziare, unitamente anche ad alcuni punti di debolezza sui quali lavorare in equipe per minimizzarli.

I principali punti di forza sono i seguenti:

- *Personale giovane e motivato*: La struttura di Cure intermedie “Maria Regina” è seguita, soprattutto nel personale infermieristico, da un personale giovane, neo-laureato, molto dinamico, motivato, propenso al lavoro di equipe, alla formazione permanente e ciò rappresenta certamente un punto di forza che segue l’organico del personale in senso positivo;
- *Propensione al lavoro di equipe*: Altro aspetto particolarmente rilevante e, in parte, corollario di quanto sopra indicato, è la particolare propensione al lavoro in equipe multidimensionale ad ogni livello. Si registra infatti una grande attitudine e capacità a lavorare in equipe tra i vari professionisti in maniera condivisa che segue positivamente l’organizzazione interna della struttura, la sua capacità operativa e l’approccio multidimensionale alle tematiche;
- *Struttura e strumentazione nuova e funzionale*: La struttura e strumentazione nuova e funzionale costituisce certamente un prezioso apporto all’intera organizzazione ed allo stesso personale assicura certamente un valore aggiunto importante che, unitamente ai punti precedenti, contribuisce a rafforzare la qualità del servizio erogato;
- *Personale medico ben strutturato e con esperienza*: La presente in servizio di un corpo medico ben strutturato e diversificato anche con pregressa esperienza in strutture pubbliche di cure intermedie assicura stabilità all’organizzazione di struttura ed a tutto il restante personale che vede nei medici un corpo professionale saldo e formato, armonioso e punto di riferimento sicuro della programmazione e del monitoraggio del percorso sanitario;

10) Punti di debolezza

- *Prima struttura sanitaria gestita*: Certamente la struttura sanitaria di Cure Intermedie Maria Regina di Orentano è la prima struttura nostra esclusivamente sanitaria gestita dalla Fondazione “Madonna del soccorso” ONLUS. In questa prospettiva dobbiamo riconoscere che l’ente non ha esperienza pregressa e ciò costituisce un punto di debolezza cui si è cercato di far fronte con una lunga preparazione del personale e dei responsabili nonché con il loro svolgimento di appositi tirocini in strutture sanitarie;
- *Personale proveniente, in parte, dal settore socio-sanitario*: Altro punto di debolezza commesso al precedente è dato dall’impiego di personale, soprattutto quello assistenziale, proveniente dal settore socio-sanitario che ha un’altra modalità organizzativa e di programmazione e ciò – indubbiamente – costituisce un punto di debolezza, almeno iniziale, della struttura sanitaria;

- *Differente tipologia di utenza:* Sin dall'apertura e fino al raggiungimento del 1 luglio 2024 all'interno della struttura 'convivono' due corpose tipologie di utenze differenziate che sono da una parte gli utenti in dimissione ospedaliera tramite ACOT e gli utenti privati provenienti anche dal territorio. Questa differente tipologia di utenza può rallentare l'organizzazione unitaria della struttura che – in parte – deve corrispondere a fabbisogni ed esigenze anche lievemente differenti e presenti contemporaneamente in struttura.

9. PIANI CORRELATI – PIANO ADDESTRAMENTO E FORMAZIONE E MONITORAGGIO RIATTIVAZIONE 2024

In sede di Programmazione e di approvazione Piano qualità e sicurezza delle Cure il Comitato qualità provvede ad approvare anche i seguenti quattro Piani/Registri che vanno ad integrare ed attuare la programmazione svolta. In particolare si tratta dei seguenti Piani:

- *Allegato 'A' Piano di formazione:*

Come evidenziato nel precedente capitolo sotto la sezione 'Professionalizzazione', unitamente al Piano Qualità e sicurezza delle cure, sulla base dei fabbisogni formativi raccolti, è stato elaborato il Piano formazione ed addestramento 2024 presente in allegato 'A' al presente e che ne costituisce parte integrante. La formazione e professionalizzazione delle risorse umane rappresenta infatti una delle priorità che si dà la struttura nell'ottica di assicurare il miglioramento costante della qualità del servizio svolto.

In questa prospettiva – degno di nota – la scelta operata dalla struttura di dotarsi di personale dipendente direttamente dall'ente in maniera da favorire l'omogeneità, l'integrazione, il lavoro in equipe e la motivazione dello stesso.

Secondariamente, come specificato in apposito capitolo 'Qualità e sicurezza delle cure' si approva allegato 'A' al presente Piano finalizzato a monitorare in maniera specifica gli obiettivi e risultati dell'attività di 'riattivazione' svolti all'interno della struttura Cure intermedie 'Maria Regina' di Orentano (Pi).

- *Allegato 'B' Registro aggressioni:*

La struttura Cure intermedie ha la volontà di monitorare eventuali episodi di aggressione agli operatori sanitari da parte dei familiari e per questo è stata redatto l'allegato 'B' al fine di analizzare numero, tipologia e provenienza delle tipologie di aggressioni nonché le modalità nell'ottica di adottare le azioni correttive/migliorative anche in chiave preventiva.

- Allegato 'C' - Fabbisogni in uscita:

Nell'allegato 'C' - nell'ottica di monitorare il fabbisogno in 'uscita' dal percorso – troviamo la scheda che riporta le esigenze assistenziali in uscita dal percorso che valuta se il paziente al termine del percorso di presa in carico ha un rientro a domicilio oppure chiede un supplemento assistenziale sia in struttura sanitaria che socio-sanitaria.

- Allegato 'D' - Piano annuale audit:

Nell'allegato 'D' troviamo invece la programmazione annuale degli audit che vanno a costituire attuazione diretta della programmazione svolta nell'ottica di assicurare unitarietà tra strumenti di programmazione ed attuazione del Piano.

- Allegato 'E' - Piano monitoraggio attività riattivazione funzionale.

10. APPLICAZIONE STRUMENTI REGIONALI GRC: RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E PRATICHE PER LA SICUREZZA

Il sistema “Gestione Rischio Clinico” - sia a livello Ministeriale che Regionale - in questi ultimi anni ha messo a disposizione numerosi strumenti per la sicurezza delle cure. Nello specifico si tratta di:

- *Raccomandazioni Ministeriali*: documentazione scientifica con l'obiettivo di offrire strumenti di conoscenza per prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema.

- *Buone Pratiche per la Sicurezza*: “qualsiasi progetto o intervento che si sia mostrato in grado di prevenire o alleviare i danni derivanti al paziente dall'assistenza sanitaria” (definizione dell'OMS);

- *Linee guida*: raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche – definizione tratta da 'Institute of Medicine 1992;

Tali strumenti, in costante evoluzione ed implementazione, sono punti di riferimento per le strutture sanitarie ed i suoi operatori; in funzione della loro natura, individuano nella specificità i documenti di interesse elaborando i propri protocolli/procedure da applicare. Tali documenti sono alla base della stesura anche del sistema di accreditamento della struttura sanitaria Cure intermedie 'Maria

Regina' di Orentano (Pi) e le modalità della loro implementazione ed aggiornamento è contenuta nella PRO MR 00.

Per la Fondazione, in relazione alle caratteristiche del servizio Cure intermedie 'Maria Regina' di Orentano (Pi) sono state prese in considerazione le Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza e le Linee guida e Buone pratiche per la Sicurezza come da elenco sottostante.

BUONE PRATICHE

- Prevenzione del rischio Nutrizionale: Riferimento Normativo DGR 135 del 25/02/2008
- Adesione alla rete di sorveglianza microbiologica: Riferimento normativo: DGR 1005 del 01/12/2008
- Misure per la gestione del dolore: Riferimento normativo: DGR 1005 del 01/12/2008
- Intercettazione e gestione precoce del delirium: linee guida sul Delirium del Consiglio Sanitario Regionale, 2013.
- Scheda di terapia unica (STU): Riferimento normativo: DGR 267 del 16/04/2007
- Etichettatura di sicurezza per la somministrazione dei farmaci: Siringhe, Pompe siringhe, Flebo: Raccomandazione Ministeriale n°7/2008
- Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.
- Raccomandazione Ministeriale n°12/2010- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"
- Identificazione e gestione delle sepsi e dello shock settico: Percorso Sepsi Gestione della Sepsi e dello Shock Settico, Identificazione e Trattamento
- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Centro GRC 2016
http://www.regione.toscana.it/documents/10180/601731/PERCORSO+SEPSI+GRC+TOSCANA_2016.pdf/b8884eca-a4bf-4850-a60e-0f7bacf60912
- Farmamemo: 1. DGR 46/2008. Vademecum per il paziente: la sicurezza nell'uso della TAO.
- La prevenzione delle cadute nei servizi sanitari: Definizione di azioni di coordinamento e sviluppo delle attività di gestione del rischio clinico (delibera n. 225 del 03/04/2006
- Gestione della relazione e della comunicazione interna e con il paziente e/o famigliari per gli eventi avversi: Regione Toscana – DGRT n. 717/2016 – CRGRC. Revisione dell'attività di coordinamento e sviluppo delle iniziative connesse al rischio clinico. Ministero della Salute –

Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità (http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf)

- Handover -Passaggio di consegne fra equipe medico assistenziali all'interno di un percorso clinico: delibera della Giunta Regionale n.1235 del 28 dicembre 2012).
- Reporting and Learnig System (RLS): Riferimento normativo: DGR 267 del 16/04/2007
- Utilizzo Cateteri Vescicali Centrali: Riferimento normativo: DGR 1005 del 01/12/2008
- Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione: Linee guida ulcere da pressione Regione Toscana. Anno 2012. Delibera regionale su buona pratica rischio nutrizionale (D.G.R. n. 135 del 25/02/2008).
- Uso corretto degli antibiotici: Riferimento normativo: DGR 267 del 16/04/2007/ Indirizzo della CTR per una maggior appropriatezza d'uso dei chemioterapici antibatterici – 6 settembre 2006.
- Le mani Pulite: Riferimento normativo: DGR 267 del 16/04/2007

LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI

- Ministero della salute, Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità Roma, giugno 2011;
- Recepimento ed applicabilità sul territorio italiano delle principali linee guida e raccomandazioni internazionali sugli accessi venosi. Osservatorio Sanità e Salute 2018;
- Linee Guida ACCP, Chest 2012 Trombosi venosi;
- Ministero della salute, Raccomandazione 9 – *Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali*, Aprile 2009;
- Agency for Healthcare Research and Quality: Linea guida AHRQ 2006 – Raccomandazioni con grado di evidenza A
- Ministero della Salute Raccomandazione Ministeriale n. 13, novembre 2011 (aggiornata al 1° dicembre 2011): “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.
- Ministero della salute, dipartimento della qualità direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III, Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, Giugno 2011
- Linee guida ulcere da pressione Regione Toscana. Anno 2012. Delibera regionale su buona pratica rischio nutrizionale (D.G.R. n. 135 del 25/02/2008).

- Linee guida per l'igiene delle mani in ambiente sanitario: raccomandazioni del Health care infection control Practices Advisory Committee e della Task force sull'igiene delle mani Orientamenti Anipio 2003;5 6-61
- Ministero della salute "Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio KCL ed altre soluzioni contenenti potassio R-Raccomandazione n.1° marzo 2008;
- Ministero della Salute - Raccomandazione n. 12, *Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-Alike/Sound-Alike*, 12 agosto 2010;
- Ministero della salute – *Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici*, 14 Ottobre 2012;
- Ministero della salute, Raccomandazione 17 – *Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica*, Dicembre 2014;
- Ministero della salute, Raccomandazione 18 – *Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'utilizzo delle abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli*, Settembre 2018;
- Ministero della salute – Raccomandazione 19 – *Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide*, Ottobre 2019;
- Ministero della salute – Raccomandazione 9, *Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali*, 9 Aprile 2009;
- Ministero della salute - Raccomandazione n. 1, *Programmazione sanitaria dei livelli di assistenza e principi etici di sistema, Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio*, Marzo 2008;
- Ministero della salute – Raccomandazione n. 7, *Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica*, Marzo 2008 ed implementazioni 2009 e 2011;
- Ministero della Salute. Progetto "Farmaci LASA e sicurezza dei pazienti": Elenco farmaci LASA (aggiornato al 31 dicembre 2010)
- Prevenzione violenza sugli operatori Delibera Giunta della Regione Toscana 704 del 8/10/2007 – allegato B "Procedura per la gestione aziendale dei casi di eventi sentinella"- Scheda di segnalazione eventi sentinella del Ministero della Salute.

11. DIFFUSIONE E PUBBLICIZZAZIONE DEL PIANO

Nell'ottica di assicurare adeguata diffusione al Piano qualità e sicurezza delle cure, la PRO MR 02 dispone che lo stesso sia:

- Affisso nella bacheca di struttura;
- Pubblicazione sul sito internet istituzionale della struttura (www.madonnadelsoccorsofauglia.it);
- Consegnato a tutti i responsabili dei vari settori (Medici, infermieri, fisioterapisti, Oss, Amministrativi e segreteria).

Naturalmente, nelle riunioni di settore e del personale addetto i vari responsabili provvederanno ad illustrare illustrate e condividere nello specifico il Piano definitivo adottato, gli obiettivi e le azioni indicate al fine di facilitarne l'attuazione in un contesto di piena condivisione delle finalità.

Il Piano è inviato anche alle Rappresentanze sindacali aziendali presenti ed operative all'interno delle varie unità operative dell'ente Fondazione 'Madonna del soccorso' Onlus di Fauglia (Pi).

12. PRIVACY E REGOLAMENTO ILLECITI

Il presente Piano qualità e sicurezza delle cure della struttura Cure intermedie 'Maria Regina' si armonizza con il sistema di gestione della privacy adottato in struttura nel pieno rispetto della Valutazione di impatto, del Registro dei trattamenti, dei Regolamenti e Procedure adottate e condivise. D'altra parte la tutela dei dati sanitari costituisce un'altra priorità del presente Piano che è assicurata grazie allo specifico coordinamento con le relativa disciplina normativa e di settore nonché con l'assetto organizzativi interno assicurato ed adottato dall'ente gestore.

Si dà atto anche della condivisione dell'accordo sindacale aziendale del 24 Febbraio 2024 in materia di conservazione dei 'Metadati' siglato in attuazione e deroga al documento di indirizzo dell'Autorità Garante della Privacy n. 642 del 21 Dicembre denominato "*Programmi e servizi informatici di gestione della posta elettronica nel contesto lavorativo e trattamento dei metadati*".

Si dà atto che il DPO dell'ente gestore è il sig. Samuele Chiassoni e che è stata siglata apposita convenzione con la Usl Toscana Centro con relativi obblighi in materia di protezione dei dati che sono attuati da parte dell'ente Fondazione 'Madonna del soccorso' Onlus.

Inoltre, è funzionante anche in relazione alla struttura Cure intermedie 'Maria Regina' il Regolamento per la gestione delle segnalazioni di illeciti e tutela del segnalante (Whistleblower) il cui responsabile è indicato nel dott. Marco Regoli. Il Regolamento è pubblicato sul sito internet istituzionale dell'ente Fondazione www.madonnadelsoccorsofauglia.it.

Infine, si dà atto che i dati e la programmazione della struttura Cure intermedie 'Maria Regina' confluiranno, ai sensi del Dlgs. 117/17 nel Bilancio sociale dell'ente Fondazione 'Madonna del soccorso' Onlus quali parti rilevanti della sua elaborazione nell'ottica di integrare pienamente ed in maniera attiva tutte le strutture nella loro valutazione sociale unitaria dell'ente.

La normativa e l'organizzazione interna adottata in materia di privacy, segnalazione di illeciti e bilancio sociale trova piena attuazione anche nella struttura Cure intermedie 'Maria Regina' e costituisce un altro principio di riferimento che accompagna l'attuazione del presente Piano qualità e sicurezza delle cure 2024 quale parte integrante ed essenziale.

13. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Dobbiamo dare atto che la stesura di questo primo Piano essenzialmente 'programmatico' della struttura Cure intermedie 'Maria Regina' di Orentano (Pi) ci ha impegnato particolarmente sia perché si trattava della sua prima elaborazione, sia perché si è voluto seguire un percorso particolarmente condiviso che, dalla riunione di settore al comitato di partecipazione alle sigle sindacali sino al Consiglio di amministrazione, ha segnato varie tappe con il contributo di personale e professionisti a tutti i livelli della struttura e del territorio. Possiamo affermare che è stata anche un'esperienza entusiasmante che – nel corso degli anni – troverà sempre migliore sistemazione e sarà sempre perfezionata ma che – tuttavia – sin da questa prima elaborazione tiene in debito conto sia le indicazioni normative che l'apporto delle varie realtà affinché sia realmente declinato sulle esigenze, i bisogni ma anche la mission e le aspettative della struttura Cure intermedie 'Maria Regina'. Si tratta dunque di uno strumento fondamentale destinato a guidare l'attività della struttura sanitaria nell'anno 2024 e costituire base fondamentale per la crescita e lo sviluppo – soprattutto in termini qualitativi – anche per gli anni successivi.

Gli obiettivi e le finalità che il piano si propone saranno presidiati, analizzati sulla base dei dati trimestrali, rivisti nel corso dell'anno per confluire nel Riesame dell'anno 2025 quando, sulla base dello storico annuale, sarà più facile anche calibrare i nuovi obiettivi e la loro misurazione in termini sia qualitativi che economici per consentire lo sviluppo di una struttura particolarmente attenta alle tematiche di qualità e sicurezza delle cure, gestione del rischio clinico, al lavoro in equipe multidimensionale, alla professionalizzazione delle risorse, all'adeguatezza dei percorsi, particolarmente attenta ai fabbisogni della persona assistita, aperta all'innovazione e radicata nel territorio in attuazione della Mission che la struttura medesima si è data come scopo da raggiungere. Un particolare ringraziamento va a tutti i responsabili, al personale addetto, ai membri dei vari comitati, delle rappresentanze territoriali e a tutti coloro che – direttamente o indirettamente – hanno preso parte all'elaborazione del presente documento che costituirà la Linea guida

fondamentale dell'attività della struttura sanitaria Cure intermedie 'Maria Regina' per questo suo primo anno di attività.

Allegato 'A' - Piano Qualità e sicurezza della Cure 2024 – Struttura Cure intermedie 'Maria Regina'

Piano annuale di formazione-informazione

Descrizione attività	Luogo	Docenza	Periodo	Durata
Antincendio rischio elevato	Orentano	Dott. Bacci	Febbraio	Riferimento normativo
Sicurezza generica e specifica- aggiornamento	Orentano	Da stabilire	All'occorrenza	12 ore/dipendente
Formazione obbligatoria per tutti gli addetti ed i responsabili ai sensi della normativa regionale in materia di qualità e sicurezza delle cure	Orentano	Da stabilire	Aprile	48 ore
Formazione professionalizzante su rischio clinico	Orentano	Da stabilire	Al personale neo-assunto	8 ore/dipendente
Formazione finalizzata al miglioramento della comunicazione tra sanitari e pazienti	Orentano	Da stabilire	Maggio	2 ore
Prevenzione e valutazione del rischio di cadute	Orentano	Connie Shipley	Maggio	2 ore
Farmaci LASA	Orentano	Dott.ssa Giuman	Giugno	4 ore
ICA, lavaggio mani, MDR, Antibiotico terapia, Emocolture e sepsi	Orentano	Dott.ssa Giuman	Luglio	4 ore

Descrizione attività	Luogo	Docenza	Periodo	Durata
Accessi vascolari	Orentano	Dott. Giannini	Settembre	4 ore
Gestione elettromedicali	Orentano	Dott. Del Guerra	Ottobre	4 ore
Gestione emergenze	Orentano	Dott. Neri	Ottobre	4 ore
Scale di valutazione e Gestione del dolore	Orentano	Dott.ssa Pucci	Novembre	4 ore
Gestione rischio corruzione	Orentano	Dott. Regoli	Novembre	4 ore
Lesioni difficili	Orentano	Dott.ssa Busanna	Novembre	4 ore
Gestione atti di violenza	Orentano	Dott. Bonaria Dott.ssa Pasquini	All'occorrenza al personale neo assunto	4 ore
Gestione delirium	Orentano	Dott.ssa Bianchini	Dicembre	4 ore
Privacy	Orentano		All'occorrenza al personale neo assunto	2 ore
Movimentazione Pazienti	Orentano	Dott.ssa Shipley	Dicembre	4 ore

Descrizione attività	Luogo	Docenza	Periodo	Durata
Educazione terapeutica	Orentano	Dott.ssa Tonini	Dicembre	2 ore
Formazione sulla prevenzione e corretta applicazione delle contenzioni	Orentano	Dott. Novi	Dicembre	2 ore

Allegato 'D' - Piano Qualità e sicurezza della Cure 2024 – Struttura Cure intermedie 'Maria Regina'

Piano annuale audit ed incontri

Tipologia	Programmazione	Responsabilità
Audit per la valutazione integrata dei dati che riguardano la gestione del dolore, provenienti dalla revisione della documentazione clinica e dalle indagini con gli utenti	Maggio e Novembre 2024	Direttore sanitario e coordinatore di struttura
Riunione riesame, monitoraggio ed elaborazione Piano qualità e sicurezza delle cure;	Marzo e Luglio 2024	Direttore sanitario e coordinatore di struttura
Audit almeno annuale di valutazione del rischio infettivo (che include dati di prevalenza o incidenza sulle infezioni presenti), consumo di antibiotici e dati microbiologici relativi alle antibioticoresistenze	Maggio e Novembre 2024	Direttore sanitario e coordinatore di struttura
Audit per la valutazione dei dati che riguardano le STU, derivanti dalla revisione della documentazione clinica	Maggio e Novembre 2024	Direttore sanitario e coordinatore di struttura
Incontri relativo alla discussione sui dati relativi all'adesione agli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale e conseguenti piani di miglioramento	Ottobre 2024	Direttore sanitario e coordinatore di struttura
Audit per la valutazione integrata dei dati che riguardano la gestione del dolore, provenienti dalla revisione della documentazione clinica e dalle indagini con gli utenti	Maggio e Novembre 2024	Direttore sanitario e coordinatore di struttura

**Allegato 'E' - Piano Qualità e sicurezza della Cure 2024 – Struttura Cure intermedie
'Maria Regina'**

Piano qualità e sicurezza delle Cure anno 2024

Studio modalità riattivazione funzionale struttura 'Cure intermedie' Maria Regina di Orentano (Pi):

Le Cure intermedie vengono considerate in via prioritaria sanitarie a valenza territoriale di ricovero e assistenza idonea ad ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali. Per evitare ricoveri impropri e assicurare interventi appropriati è da valutare la presa in carico dei pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto. Sarà necessario garantire un livello di governo forte sia nella selezione degli ingressi che nella promozione precoce di definizione dei progetti in uscita. La riattivazione è una delle finalità che, in relazione ad una determinata categoria specifica di utenza, merita di essere monitorata costantemente secondo seguenti modalità:

Miglioramento della qualità / Problemi di sicurezza della paziente rilevanti per la riabilitazione

<p>- PIANIFICAZIONE -FARE -STUDIARE -AZIONE (PFSA)</p>	<p>- FOCALIZZARE - ANALIZZARE - SVILUPPARE - ESEGUIRE</p>	<p>MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ O MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI</p>	<p>GESTIONE DELLA QUALITÀ TOTALE</p>
<p>PIANIFICAZIONE: programmare un piano di lavoro o test su ogni singolo paziente</p>	<p>FOCALIZZARE : Definire e verificare il processo da migliorare</p>	<p>UNA FILOSOFIA DI GESTIONE COMPLETA CHE SI CONCENTRA SUL MIGLIORAMENTO CONTINUO APPLICANDO METODI SCIENTIFICI PER ACQUISIRE CONOSCENZA E CONTROLLO SULLA</p>	<p>UN APPROCCIO GESTIONALE AL SUCCESSO A LUNGO TERMINE ATTRAVERSO LA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE CHE COINVOLGA TUTTE LE PERSONE NEL LAVORO ALL'INTERNO DELLE CURE INTERMEDIE</p>

		VARIAZIONE DEL LAVORO IN CORSO	
FARE : iniziare il programma sul paziente	ANALIZZARE RACCOGLI E ANALIZZA I DATI PER STABILIRE LINEE DI BASE, IDENTIFICARE LE CAUSE PRINCIPALI E INDICARE LE POSSIBILI SOLUZIONI	UTILIZZARE IL PIANO <u>PFSA</u>	
STUDIARE : Verificare il programma	SVILUPPARE : ATTUARE UN PIANO DI AZIONE COME INDICATO	FOCALIZZARE SULL'APPROC CIO DI SQUADRA DI LAVORO	
AZIONE : decidere quale azioni prendere per migliorare i risultati	ESEGUIRE : INSTALLARE UN SISTEMA DI MONITORAGG IO CONTINUO DELLE MISURAZIONI PER GARANTIRE IL SUCCESSO		

Criteria di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione:

- secondo otto definizioni:

1. ricoveri di riabilitazione conseguenti ad evento acuto;
2. ricoveri di riabilitazione non conseguenti a evento acuto;
3. correlazione clinica;
4. intervallo temporale;
5. criterio della correlazione clinica associata alla distanza temporale;
6. criterio di congruenza diagnostica;
7. grave cerebrolesione acquisita;
8. mielolesione.

Tabella 1

TABELLA 1 : PROGRAMMAZIONE e CLASSIFICAZIONE DELLE PATOLOGIE INDICATI PER UN PROGRAMMA FISIOTERAPICO :

DESCRIZIONE PATOLOGIA	TEMPO APPROPRIATO DA INIZIO	OBIETTIVO / TEMPO DI RECUPERO / MIGLIORAMENTO	TEMPO MEDIO PER SEDUTA	VALUTAZIONE	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
Disturbi del nervo facciale. Mononeuriti dell'arto inferiore e di sede non specificata	10-30	90	20	Valutazione funzionale segmentaria : con scale psico-comportamentali e/o oppure <u>VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE</u> , con scale psico-comportamentali e/o funzionali 'Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione 'di test delle funzioni linguistiche Escluso: Esame dell' afasia <u>VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE</u> Bilancio articolare e muscolare segmentario.	. RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE . MASSOTERAPIA DISTRETTUALE
Mononeuriti dell'arto superiore e mononeuriti multiple	10-30	90	20	idem	idem
Mononeuriti dell'arto inferiore e di sede non specificata	10-30	90	20	idem	Idem
Sindromi vertiginose ed altri disturbi del	7-14	30	15	idem	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO

DESCRIZIONE PATOLOGIA	TEMPO APPROPRIATO DA INIZIO	OBIETTIVO / TEMPO DI RECUPERO / MIGLIORAMENTO	TEMPO MEDIO PER SEDUTA	VALUTAZIONE	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
sistema vestibolare					SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA
Bronchite cronica riacutizzata con persistente disturbo funzionale	7-10	finalizzato al superamento delle riacutizzazioni con rieducazione allo sforzo	15	idem	Esercizi posturali – propriocettivi Esercizi respiratori
Lesione interno del ginocchio	0-7 dall'eventuale mezzo di contenzione	60	15	idem	-TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari -RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA -CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE
Altre lesioni articolari	idem	60	15	idem	idem
Stenosi della colonna vertebrale (escluso la colonna cervicale)	Solo in presenza di limitazione algofunzionale 15-30 gg.	30	15	idem	-RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE - MASSOTERAPIA DISTRETTUALE-RIFLESSOGENA

DESCRIZIONE PATOLOGIA	TEMPO APPROPRIATO O DA INIZIO	OBIETTIVO / TEMPO DI RECUPERO / MIGLIORAM ENTO	TEMPO MEDIO PER SEDUTA	VALUTAZIONE	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
	dall'esordio o post intervento chirurgico				-TERAPIA MANUALE - ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI
-Sindrome cervicobrachiale (diffusa) -Sciatalgia (con limitazione algofunzionale persistente da 2-3 settimane	Idem	30	15	idem	idem
Artrite reumatoide ed altre poliartropatie infiammatorie ad interessamento monoarticolare (escluso in artrite reumatoide giovanile) Entesopatie periferiche e sindromi analoghe Altri disturbi delle membrane sinoviali, dei tendini e delle borse (con disturbo algofunzionale)	10-30gg. dopo terapia medica o immediatamen te se controindicata terapia medica	30	15	idem	Terapia manuale Massoterapia

DESCRIZIONE PATOLOGIA	TEMPO APPROPRIATO O DA INIZIO	OBIETTIVO / TEMPO DI RECUPERO / MIGLIORAM ENTO	TEMPO MEDIO PER SEDUTA	VALUTAZIONE	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
Entesopatie periferiche e sindromi analoghe Altri disturbi delle membrane sinoviali, dei tendini e delle borse (con disturbo algofunzionale)	10-30gg. dopo terapia medica o immediament e se controindicata	idem	10-15	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE	TERAPIA MANUALE MASSOTERAPIA
Rottura atraumatica completa della cuffia rottatori	In continuità post intervento chirurgico	60	15	Valutazione funzionale segmentaria	Terapia manuale Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice Esercizi posturali – Propriocettivi
Mancata saldatura di frattura (pseudoartrosi e ritardo di consolidamento)			10	Valutazione funzionale segmentaria	Terapia manuale
Frattura della colonna vertebrale senza menzione di lesione del midollo spinale Frattura del bacino Frattura della clavicola Frattura della scapola Frattura	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione		15	Valutazioni Rieducazioni Funzionali	CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI

DESCRIZIONE PATOLOGIA	TEMPO APPROPRIATO DA INIZIO	OBIETTIVO / TEMPO DI RECUPERO / MIGLIORAM ENTO	TEMPO MEDIO PER SEDUTA	VALUTAZIONE	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
dell'omero Frattura del radio e dell'ulna Frattura delle ossa del carpo Frattura delle ossa del Frattura di una o più falangi della mano Fratture multiple delle ossa della mano					
Frattura collo femore e di altre e non specificate parti del femore di tipo traumatico (in soogetto < 65 anni) Frattura della rotula Frattura della tibia e del perone Frattura della caviglia Frattura di una o più ossa del tarso e metatarso Frattura di una o più falangi del piede	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione		15-20	idem	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE MASSOTERAPIA DISTRETTUALE (solo se necessario)
Infezione e reazione infiammatoria da	come infiammazioni		20	idem	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO

DESCRIZIONE PATOLOGIA	TEMPO APPROPRIATO DA INIZIO	OBIETTIVO / TEMPO DI RECUPERO / MIGLIORAMENTO	TEMPO MEDIO PER SEDUTA	VALUTAZIONE	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
protesi articolare interna interni - Complicazione meccanica di dispositivi impianti ed innesti ortopedici interni	parti molli (cod. 726/727)				SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE
Lussazione della spalla	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione		15	idem	CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE TERAPIA MANUALE
Lussazione del gomito	idem		15		Idem
Lussazione del polso	idem		10		idem
Lussazione delle dita della mano	idem		10		idem
Lussazione del ginocchio	idem		10	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE	CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE

DESCRIZIONE PATOLOGIA	TEMPO APPROPRIATO DA INIZIO	OBIETTIVO / TEMPO DI RECUPERO / MIGLIORAM ENTO	TEMPO MEDIO PER SEDUTA	VALUTAZIONE	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
				COMPLESSA RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE	
Lussazione della caviglia	idem		10		Idem
Lussazione del piede	idem		10		Idem
Sindrome da immobilità causato da patologie cardiologiche/neurolo giche/respiratorie	In continuità dal momento dell'ingresso		15	Valutazione funzionale segmentaria	Mobilizzazione degli arti. Chinesiterapia osteoarticolare segmentale Posizionamento corretto del paziente Utilizzo di ausili antidecubito