

Il giorno 28/01/2025 dalle ore 13.30 alle ore 15.30 presso la sala riunioni della RP RSA Santuario si è svolto il Riesame della Direzione per le strutture socio sanitarie sono presenti:

<i>NOMINATIVI DEI PRESENTI</i>	<i>FUNZIONE</i>
Lorena Rambaudi	Amministratore Unico
Paola Veirana	Responsabile Qualità
Giampaolo Pesce	Direttore Sanitario RP Santuario – RP Bagnasco
Renzo Paltrinieri	Direttore Sanitario RSA Santuario – RSA Noceti Coordinatore amministrativo/Coordinatore infermieristico RP Santuario
Nicoleta Lazarescu	Santuario
Ivana Delfino	Coordinatore amministrativo/Coordinatore infermieristico RSA Noceti
Michael Guida	Referente infermieristico RSA Santuario
Silvia Cerulli	Coordinatore amministrativo RSA Santuario
Marianna Congedi	Impiegata amministrativa RP Santuario RSA Noceti

ARGOMENTI TRATTATI

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA E RIESAMINATA

ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME:

- a) Lo stato delle azioni derivanti da precedenti riesami di direzione;
- b) I cambiamenti nei fattori esterni e interni che sono rilevanti per il sistema di gestione per la qualità;
- c) Le informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del sistema di gestione per la qualità, compresi gli andamenti relativi:
 - Alla soddisfazione del cliente e alle informazioni di ritorno dalle parti interessate rilevanti;
 - Alla misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti;
 - Alle prestazioni di processo e alla conformità dei servizi erogati;
 - Alle non conformità e alle azioni correttive;
 - Ai risultati del monitoraggio e della misurazione;
 - Ai risultati di audit;
 - Alle prestazioni dei fornitori esterni;
- d) L'adeguatezza delle risorse.
- e) Aggiornamento normativo.
- f) Aggiornamento delle procedure e/o protocolli.
- g) Aggiornamento o riconferma delle linee guida scientifiche.
- h) Esiti assistenziali.
- i) L'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità.

ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME

- a) Opportunità di miglioramento.

Io non perdo mai o vinco o imparo (N. Mandela)

ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME:

a) Stato delle azioni derivanti da precedenti riesami:

Le azioni derivanti dal precedente Riesame sono state esaminate e trattate nel Riesame complessivo della Società.

b) I cambiamenti nei fattori esterni ed interni che sono rilevanti per il SGQ

Il giorno 17/12/2024 si è svolta la Verifica di rinnovo dell'accreditamento, che si è conclusa con 3 osservazioni, vedi "Risultati di audit".

c) Le informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del SGQ

- **Alla soddisfazione del Cliente ed alle informazioni di ritorno dalle parti interessate.**

I risultati emersi, i suggerimenti, le osservazioni che ci sono state segnalate, sono stati esaminati con cura. Non si segnalano dati difformi rispetto all'ordinario, sempre lievemente più bassa la valutazione rispetto ai pasti. Questa tematica da sempre nelle attenzioni della Direzione come descritto nel Riesame complessivo, oggetto di azione correttiva.

struttura	Riesame 2025		Riesame 2024		Riesame 2023	
	N° Questionari	Punteggio medio per item	N° Questionari	Punteggio medio per item	N° Questionari	Punteggio medio per item
RP BAGNASCO	30	8.1 %	7	8.6 %	5	7.8 %
RP SANTUARIO	46	8.05 %	38	7.9 %	23	8.5 %
RSA SANTUARIO	23	7.88 %	13	7.2 %	19	7.7 %
RSA NOCETI	13	8,49%	14	7.8 %	7	6.7 %
COMUNITA' ERCOLE	10	9,23%	9	6.72%	9	8.5 %

- **Alla misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti.**

Analisi degli obiettivi riferiti alle attività socio sanitarie:

LEGENDA: **ATTUATO** – **RIPORTATO A NUOVO** – **AVVIATO** – **CHIUSO NON RAGGIUNTO**

Area	Obiettivo	Risorse /responsabilità	Parametri di valutazione	Metodi	Attuazione
Amministrazione e controllo, risorse	Affinare il monitoraggio delle manutenzioni, erogate all'interno del Global Service.	Direttore Operativo.	Non conformità, osservazioni.	Esame dei registri monitoraggio esiti. Revisione registri.	<i>La nuova contrattualizzazione delle attività di manutenzione è in fase di definizione, il riscontro richiederà almeno altri 6 mesi.</i>
AREA SISTEMA GESTIONE QUALITA'	Migliorare il numero dei questionari di gradimento ricevuti dalle strutture	Animatori	Numero dei questionari elaborati.	Coinvolgimento degli animatori nel corso dell'anno. Revisione piano di lavoro.	<i>Riportato a nuovo</i>

area	Obiettivo	Parametri di valutazione	Metodi/ Responsabilità	Attuazione
STRUTTURE SOCIO SANITARIE	Migliorare il confort alberghiero: migliorare la qualità del cibo, nel rispetto dei requisiti di food safety (sicurezza igienico-microbiologica) e di food security (apporto di energia e nutrienti adeguato alle esigenze dell'utente), adeguando al contesto le definizioni stesse, considerandole un insostituibile completamento dei percorsi di prevenzione e cura.	Analisi dei dati dei questionari, reclami, apprezzamenti.	Riunioni operative con le cucine, uniformazione del menù. Amministratore Unico e Direttori Sanitari	<i>La riunione con le cucine si è svolta nel corso del mese di maggio 2025, gli esiti non sono ancora evidenziabili. Questa estate è stato avviato il progetto per migliorare le merende ed assicurare la presenza dei gelati nei distributori.</i>
	Miglioramento del qualità del menù	Analisi dei dati dei questionari, reclami, apprezzamenti.	Verifica periodica del menù, diete grammature. Amministratore Unico e Direttori Sanitari	<i>Attuato tramite l'intervento del dott. Paltrinieri.</i>
	Migliorare il confort alberghiero aumentare il numero dei televisori, almeno 1 per stanza.	Numero dei televisori installati/acquistati.	Inventario. Bando per manifestazione interesse. Acquisto e installazione. Amministratore Unico, Direttore Operativo.	<i>Attuato. Sono stati acquistati n° televisori</i>
	Migliorare il confort alberghiero degli spazi comuni.	Rimbiancatura, acquisto piante.	Individuazione della ditta per imbiancatura ed individuazione degli spazi che maggiormente richiedono gli interventi. Amministratore Unico.	<i>Le attività di rinnovo della tinteggiatura sono state avviate, si competeranno entro</i>
RP SANTUARIO	Migliorare l'efficienza della trasmissione WIFI del secondo piano della struttura.	Installazione punti Wi-Fi.	Inventario stato attuale, acquisto ripetitori. Direttore Operativo.	<i>Acquistato il ripetitore.</i>
RSA SANTUARIO	Migliorare gli strumenti di registrazione delle attività degli infermieri, operatori.	Acquisto 2 pc portatili piccoli e relativi supporti per il carrello infermieri. Sostituzione di un tablet.	Bando per manifestazione interesse, budget circa 1.200,00 € Direttore Operativo.	<i>Acquistati e consegnati alla struttura.</i>
area	Obiettivo	Parametri di valutazione	Metodi/ Responsabilità	Attuazione
RSA NOCETI	Migliorare gli strumenti di registrazione delle attività degli infermieri, operatori.	Acquisto 2 pc portatili piccoli, + 1 tablet.	Bando per manifestazione interesse, budget circa 4.000,00 €. Direttore Operativo.	<i>Le attrezzature elencate sono state acquistate e consegnate alla struttura.</i>
RP SANTUARIO		Acquisto 2 pc portatili piccoli.		
RP BAGNASCO		Acquisto 2 pc portatili piccoli.		
RSA SANTUARIO	Migliorare il confort dello studio medico della struttura.	Imbiancatura e razionalizzazione arredi.	Individuazione ditta per imbiancatura e arredi adeguati. Budget circa 1500,00 €. Amministratore Unico	<i>Attuato.</i>
Strutture socio sanitarie	Migliorare le condizioni di lavoro, tramite miglioramento dell'attrezzatura per la movimentazione dei pazienti.	Implementare l'utilizzo degli ausili minori, es. teli alto scorrimento, cinture..	Individuazione delle attrezzature da acquistare anche tramite il confronto con i fisioterapisti di ciascuna struttura. Bando manifestazione	<i>Riportato a nuovo, sono stati comunque sostituiti la maggior parte dei letti non elettrici ed ammalorati con effettivo</i>

			interesse. Direttore Operativo.	<i>miglioramento della qualità del lavoro.</i>
RSA NOCETI	Migliorare il confort alberghiero, miglioramento della distribuzione del cibo.	Acquisto di due carrelli scalda vivande.	Acquisto attrezzature, budget 2.000,00 € Direttore Operativo	<i>I due carrelli sono stati acquistati</i>

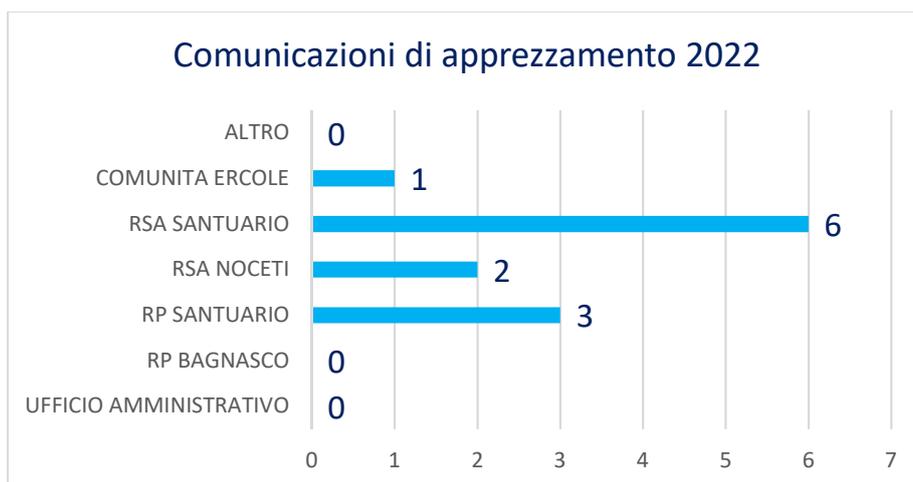
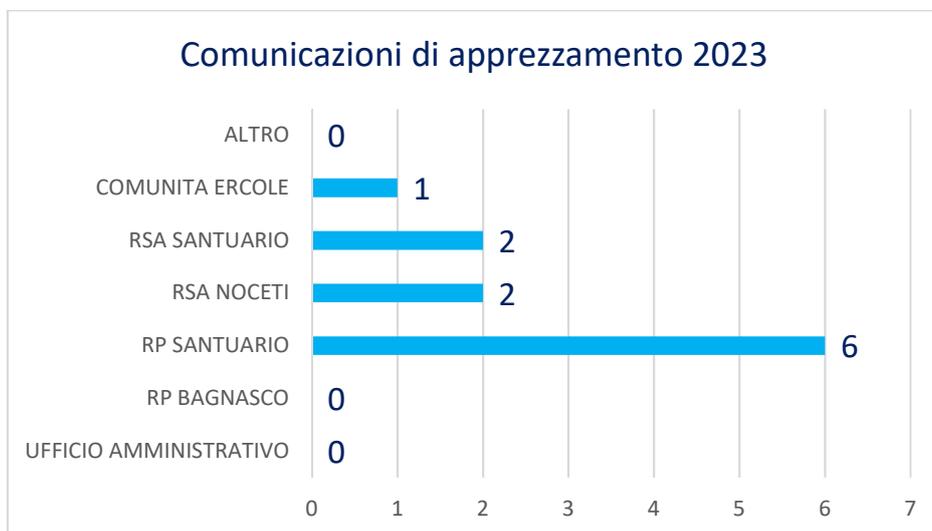
Obiettivi per l'anno 2025:

area	Obiettivo	Parametri di valutazione	Metodi/ Responsabilità/budget	Attuazione
COMUNITA' ERCOLE	Miglioramento servizio lavanderia	Acquisto attrezzature riscontro da parte degli utenti	Coordinamento 500,00 €	Marzo 2025
	Migliorare il confort alberghiero della Comunità	Acquisto di tovaglie e copridivano per la sala pranzo. Direzione.	Coordinamento 150,00 €	Marzo 2025
RP SANTUARIO	Miglioramento livello di partecipazione dei familiari utenti, attraverso l'attivazione di forme partecipative dei familiari utenti, consolidamento comitato Parenti	Numero degli incontri o numero delle segnalazioni pervenute	Coordinamento a cura della Direzione della Struttura e Direzione Società	Un anno
RSA SANTUARIO	Ripristino tendone del terrazzo e acquisto del telecomando	Acquisto e funzionalità	500.00 € Direzione Società	6 mesi
RSA SANTUARIO	Miglioramento livello di partecipazione dei familiari utenti, attraverso l'attivazione di forme partecipative dei familiari utenti, consolidamento comitato Parenti	Numero degli incontri o numero delle segnalazioni pervenute	Coordinamento a cura della Direzione della Struttura e Direzione Società	Un anno
RSA SANTURIO	Installazione protezione scalone.	Installazione dispositivi conformi alla normativa antincendio.	Direzione Società 2.000,00 €	6 mesi
RSA NOCETI	Miglioramento livello di partecipazione dei familiari utenti, attraverso l'attivazione di forme partecipative dei familiari utenti, consolidamento comitato Parenti	Numero degli incontri o numero delle segnalazioni pervenute	Coordinamento a cura della Direzione della Struttura e Direzione Società	Un anno

area	Obiettivo	Parametri di valutazione	Metodi/ Responsabilità/budget	Attuazione
RP BAGNASCO	Miglioramento delle condizioni del porticato.	Trattamento pavimentazione porticato	Direzione della Società attivazione coop. Maris	6 mesi
RP BAGNASCO	Miglioramento livello di partecipazione dei familiari utenti, attraverso l'attivazione di forme partecipative dei familiari utenti, consolidamento comitato Parenti	Numero degli incontri o numero delle segnalazioni pervenute	Coordinamento a cura della Direzione della Struttura e Direzione Società	Un anno
STRUTTURE SOCIO SANITARIE PASTI	Miglioramento del servizio mensa, merende. Standard con merende speciali 1 volta alla settimana, sperimentazione già in corso da portare a regime.	1 merenda alla settimana speciale (gelato, pizza...)	Coordinamento a cura della Direzione della Società	Un anno
	Miglioramento e personalizzazione dei pasti.	Creazione dell'angolo dei sapori, dotare ogni carrello di condimenti e spezie	Coordinamento a cura della Direzione della Società	Un anno
	Miglioramento e personalizzazione dei pasti, colazione.	Integrare alcune forniture di base quali, biscotti e piccola pasticceria	Coordinamento a cura della Direzione della Società	Un anno
STRUTTURE SOCIO SANITARIE	Miglioramento dello standard di prevenzione legionellosi.	Predisporre un progetto compiuto di prevenzione legionellosi uniforme in tutte le strutture.	Coordinamento a cura della Direzione della Società	Un anno
STRUTTURE SOCIO SANITARIE	Smaltimento degli arredi, attrezzature, materiali ammalorati periodico	Calendarizzazione degli interventi con ditta convenzionata.	Coordinamento a cura della Direzione della Società.	Un anno
RISORSE UMANE	Sportello supporto psicologico supervisione, individuale figure di coordinamento	Numero incontri attuati, minimo 10.	Coordinamento a cura della Direzione della Società, 5.000,00 €	Gennaio 2026
RISORSE ATTREZZATURE	Miglioramento spogliatoi del personale.	Sostituzione progressiva dei materiali in uso.	Mappatura a cura del coordinamento delle strutture e individuazione delle priorità a cura della Direzione della Società.	Un anno

• **Prestazioni di processo e conformità dei servizi erogati:**

Comunicazioni di apprezzamento:



Reclami:

Nel corso del 2024 sono stati formalizzati e registrati 25 reclami, lo scorso anno 33 reclami.

Nell'anno 2022, 28 reclami.

Tutti i reclami sono stati trattati con la dovuta cura; nella maggioranza dei casi è stata richiesta una relazione da parte della struttura.

L'Amministratore Unico ha dato riscontro di norma tramite lettera o mail. In generale i chiarimenti inviati sono risolutivi o chiarificatori, generalmente gli interessati segnalano apprezzamento per il riscontro.

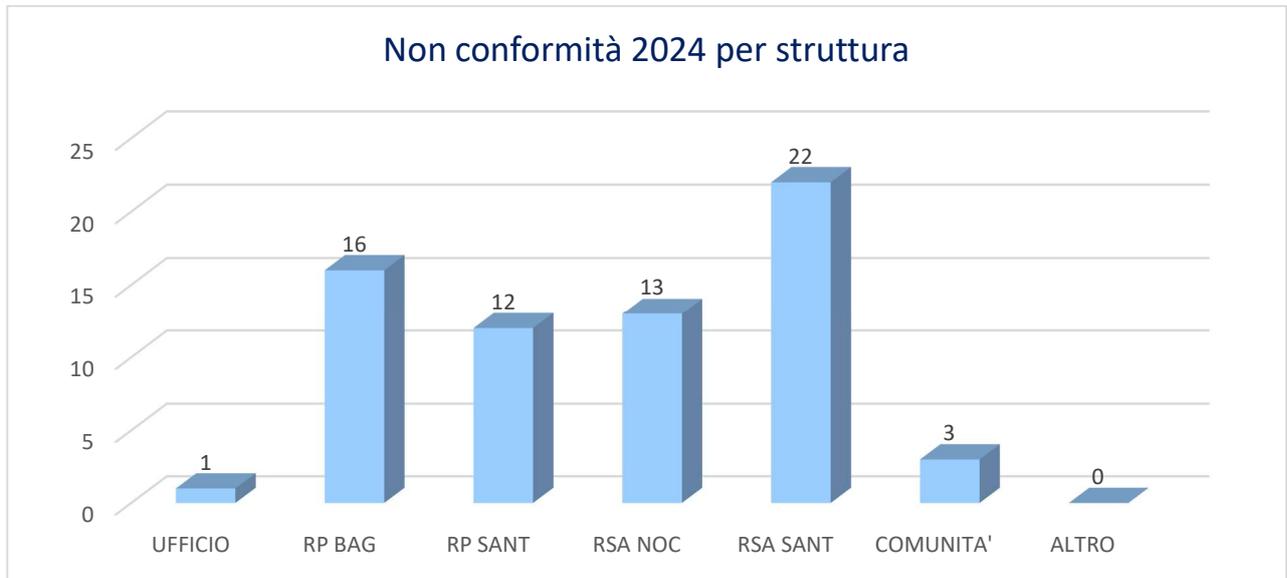
L'analisi dei reclami nel dettaglio riporta quanto segue:

	FONDATO	PARZIALMENTE FONDATO	INFONDATO
2024	8	14	1
2023	4	28	1
2022	8	13	6



- **Non conformità e azioni correttive**

Nel corso del 2024 sono emerse 63 non conformità, nel 2023 sono emerse 68, nel 2022, 81.
Tutte le NC sono state riesaminate e trattate. 6 hanno dato seguito ad azioni correttive, vedi dettaglio.



La quasi totalità delle NC è riferibile alle attività del servizio, nel dettaglio:

anno	fornitori	infrastrutture	attività	controlli	reclami	sgq	Igiene
2024	0	0	58	0	5	0	0
2024	0	6	53	0	3	1	1

Azioni correttive:

Nel corso del 2024 sono state avviate 6 Azioni correttive a cura della Direzione:

AZIONI CORRETTIVE				RILIEVO	ATTUAZIONE
RAC					
n°	rilevato	prevista	completamento	NOTE	esito
1	NC 02/2024 - 03/01/2023	28/02/2024	09/01/2024	Segnalazione da ASL2 circa la consegna dei campioni, richiesta di un incontro per ridefinire le modalità operative. Scambio mail con dott. CELLA.	AC 1 24 - Scambio mail per organizzazione riunione operativa al 09012024.pdf
2	NC 3/2024 - 27/03/2024	30/09/2024	10/04/2024	Completare il passaggio di informazioni/consegne alla nuova coordinatrice Arianna Rocchetta, RP Bagnasco	azione correttiva formazione nuovo coordinatore 26072024.docx
3	NC 11/2024 - 27/03/2024	31/05/2024	20/09/2024	Revisione del piano formativo per il 2024.	Riunione con referenti coop Maris 09/04/2024 - sollecito 04/06/2024 - ricevuto 20/09/2024
4	NC 14/2024 - 17/05/2024	01/06/2024	16/05/2024	Miglioramento della qualità dei pasti, NC ricorrenti. Verifica del sistema di prenotazione dei pasti.	Verbale di riunione per la ristorazione del 16.05.2024.docx
5	NC 19/2024 - 07/06/2024	15/06/2024	12/06/2024	Richiesta dati completi e redazione SIR	risccontro NC 19 2024 RSA NOC incident reporting.pdf
6	NC 50/2024 - 08/10/2024	10/11/2024	29/11/2024	La cartella infermieristica e relativo diario non sono documenti previsti nella procedura di gestione della Comunità PRQ GCE Rev. 03 2020. A seguito audit, si genera una AZIONE CORRETTIVA	Le consegne sono state messe in uso come da scambio mail di dicembre 2024

Esito dell'audit del 2024 del TUV:

Il report dell'audit del febbraio 2024 si è concluso con 2 opportunità di miglioramento che sono state recepite e trattata come di seguito:

- Correttamente chiesto al fornitore di prodotti per le pulizie di aggiornare le SDS, valutate l'opportunità di sollecitare l'adeguamento delle SDS al Regolamento UE n° 878/2020. Punto norma 8.5.1. **Trattamento:** la presente osservazione sarà trasmessa alle cooperative titolari del Global Service.

- Valutate l'opportunità di chiedere alla MARIS (consorzata CRESS) di programmare un corso di formazione per il personale delle pulizie. Punto norma 7.1. **Trattamento:** convocare una riunione con la cooperativa titolare del Global Service, responsabile formazione. Nel corso di dicembre 2024 si è svolta un incontro di formazione con la presenza del AU presso la RP BAGNASCO con il personale ausiliario impiegato nelle strutture socio sanitarie.
- Valutate l'opportunità di chiedere alla MARIS (consorzata CRESS) di migliorare la de ragnatura delle scale della Bagnasco. Punto norma 8.5. **Trattamento:** la segnalazione trasmessa alla cooperativa interessata.

Ristorazione nelle strutture, a cura dell'Amministratore Unico Lorena Rambaudi

Abbiamo fatto una serie di riunioni e affrontato congiuntamente, anche con i gestori del servizio ristorazione, le criticità che vanno superate in una ottica di miglioramento della qualità dei pasti serviti nelle strutture sociosanitarie.

Un leggero miglioramento da parte delle cucine sulla qualità e appetibilità delle pietanze si è verificata anche se non ancora in modo soddisfacente.

Gli impegni presi però non sono stati portati avanti e li ricordo a memoria di tutti:

1. Superamento delle stoviglie monouso e organizzazione conseguente all'utilizzo di stoviglie in melanina adeguate al lavaggio in lavastoviglie (non attuato).

2. A tale proposito Opere sociali servizi, come da impegni presi, ha acquistato le lavastoviglie necessarie con un significativo investimento.

3. Organizzazione del servizio di prenotazione pasti di competenza della cooperativa capofila di gestione in collaborazione con lo staff di animazione.

4. A tale proposito non sembra sia stato fatto un lavoro organico e strutturato come da impegni presi; è stata avviato ma con necessità di miglioramento un sistema in RSA santuario e nulla dalle altre parti

5. Non c'è un monitoraggio costante sulla corrispondenza dei menu, verifica delle grammature, non conformità su quanto inadeguato.

6. Su questo aspetto comprendendo la difficoltà del carico di lavoro complessivo e la stanchezza del ripetersi da anni delle stesse problematiche, va tenuta alta la attenzione. Opere Sociali servizi è disponibile a riconoscere un lavoro specifico, ma va fatto.

7. Ricordiamo anche la disponibilità data sul riconoscimento di una formazione specifica al personale di distribuzione, ma non abbiamo più avuto proposte.

Alle riunioni hanno preso parte per la Cooperativa IL FAGGIO in quanto responsabile del Global Service delle strutture: RSA SANTUARIO - RP BAGNASCO - RP SANTUARIO dal 05/2024. Sara Brizzo Vicepresidente coop Il Faggio, Giampiero Ferraro responsabile area anziani, Daniel Gragera RDQ, Direttore Sanitario San Secondo, Laura De Lucia, Michel Guida, Barbara Canestro, Silvia Cerulli.

COOPERATIVA CIR per i pasti delle strutture RSA SANTUARIO - RP BAGNASCO, Giancarlo Cravero, Francesca, Nadia Graziano, dott. RENZO PALTRINIERI, OPERE SOCIALI SERVIZI: Amministratore Unico, Direttore Operativo; RDQ OSS Spa.

- **Risultati del monitoraggio e misurazione:**

L'occupazione dei letti viene analizzata costantemente dal Direttore Operativo, con l'obiettivo della copertura 95 %.

L'indice di occupazione dei letti si incrocia con i dati contabili relativi alla fatturazione. Nei dati analizzati non sono considerati i pazienti non presenti in struttura per ricovero o assenza.

Attualmente la situazione è la seguente:

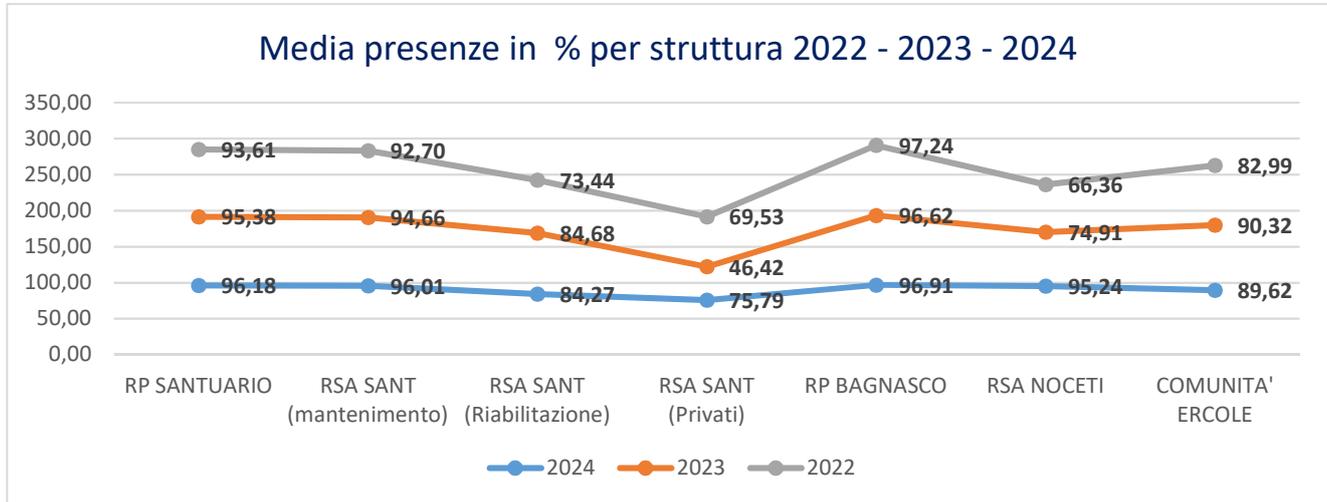
RP BAGNASCO posti autorizzati 53.

RP SANTUARIO posti autorizzati 95,

RSA SANTUARIO posti autorizzati 73.

RSA NOCETI riaperta dal 24/01/2022, 44 posti autorizzati.

Di seguito una breve analisi dei dati delle presenze.



Nel seguente riepilogo sono riportati i dati di copertura dei posti letto, in percentuale di mese in mese e il totale annuale evidenziato in azzurro.

presenze in percentuale%

STRUTTURA	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	media
RP Santuario	97,42	95,39	97,56	94,88	93,11	96,28	98,30	96,98	95,86	97,79	95,40	95,18	96,18
RSA Santuario (mant)	98,12	93,79	96,71	94,86	99,37	93,80	96,73	97,16	91,32	98,29	95,06	96,89	96,01
RSA Santuario (riab)	94,32	84,86	81,13	79,00	67,30	79,44	78,87	93,55	96,00	74,38	83,75	98,62	84,27
RSA Santuario privati	72,90	53,10	46,45	78,00	80,65	64,00	100,00	77,42	73,33	94,19	72,67	96,77	75,79
RP Bagnasco	97,69	97,85	96,47	96,10	97,93	98,55	99,03	98,11	96,04	97,02	92,52	95,56	96,91
RSA Noceti	95,16	94,91	96,37	96,75	94,60	97,67	96,85	98,55	99,67	91,29	91,42	89,60	95,24

Taratura Termometri

È stata eseguita la taratura dei termometri delle strutture tramite termometro tester certificato in data 06/01/2023.

Sono stati controllati i termometri dei frigoriferi degli alimenti, dei farmaci e surgelatori.

• **Risultati di audit:**

PERIODO: 18/02/2024 al 31/01/2025

PROCESSO	Priorità\criticità\ sottoprocessi	Sede operativa	Periodo
Erogazione servizio: RESIDENZE ANZIANI COMUNITA' ERCOLE	Conformità a quanto dichiarato nel SGQ, adeguatezza registrazioni e aggiornamenti. Azioni riesame. Controllo dei Documenti Verifica erogazione servizi: GESTIONE DELLE RESIDENZE ANZIANI – ASILO NIDO – COMUNITA' ERCOLE: verifica a campione della documentazione e attività correlate ai singoli pazienti/ospiti, verifica delle attività: infermieristiche, assistenziali, fisioterapiche, immagazzinamento farmaci, somministrazione alimenti, attività educative sopralluogo dei locali. Verifica della documentazione del SGQ. Almeno un audit per struttura.	RSA NOCETI	Aprile – ottobre 2024
		RSA SANTUARIO	14/11/2024 2 NC – 2 OM
		RP M. BAGNASCO	15/01/2025 1 NC
		RP SANTUARIO	26/11/2024 - 1 NC – 2 OM
		COMUNITA ERCOLE	08/01/2024 – 3 NC – 1 AC – 2 OM

data audit	ente	struttura	problematica evidenziata	RILIEVO			PRIORITA'
				N C	O M	RA C	BASSA - MEDIA - ALTA
12/11/2024	inter na	RSA NOCETI	Migliorare la stesura del case manager, al momento poco chiaro		1		MEDIA
12/11/2024	inter na	RSA NOCETI	Migliorare la stesura del verbale di riunione della condivisione del PAI		1		ALTA
12/11/2024	inter na	RSA NOCETI	Migliorare la registrazione degli ECM		1		ALTA
26/11/2024	inter na	RP SANTUARIO	Valutate la possibilità di predisporre una borsa per emergenza per ciascun piano		1		MEDIA
26/11/2024	inter na	RP SANTUARIO	Migliorare l'attività di spolvero delle tende per isolamento e parti alte		1		MEDIA
26/11/2024	inter na	RP SANTUARIO	Migliorate il controllo delle scadenze dei farmaci tramite evidenziatore, riportare la data di scadenza può provocare errori di trascrizione.		1		ALTA
26/11/2024	inter na	RP SANTUARIO	Migliorare l'aggiornamento dell'atto di nomina dei medici da parte della cooperativa titolare del Global Service, IL Faggio coop.		1		ALTA
14/11/2024	inter na	RSA SANTUARIO	Cassette primo soccorso incompleta	1			ALTA
14/11/2024	inter na	RSA SANTUARIO	13 consensi alle cure su 20 sono risultati incompleti	1			ALTA
14/11/2024	inter na	RSA SANTUARIO	Migliorare la pulizia delle parti alte, spolvero (armadi, attrezzature antincendio)		1		MEDIA
14/11/2024	inter na	RSA SANTUARIO	Valutate se eliminare la fisiologica da 100 ml dall'elenco dei prodotti della borsa emergenza, considerato che risulta non approvvigionabile.		1		MEDIA
17/12/2024	ALISA	RP RSA	Si rileva la necessità di lasciare evidenza in cartella informatizzata	1			MEDIA

			della condivisione dei PAI con i familiari			
17/12/2024	ALISA	RP RSA	Si osserva la necessità di completare la procedura gestione infrastrutture ed attrezzature con una istruzione operativa relativa alla gestione manutenzione ordinaria interna da utilizzare per gli operatori.	1		MEDIA
17/12/2024	ALISA	RP RSA	Presa visione addendum contrattuale con il socio di minoranza che delega la valutazione e formazione del neo assunti si rileva la necessità di predisporre un elenco delle procedure in uso da parte del socio di minoranza	1		MEDIA
08/10/2024	inter na	COMUNITA' ERCOLE	Migliorare l'organizzazione della bacheca interna		1	BASSA
08/10/2024	inter na	COMUNITA' ERCOLE	Valutate la possibilità di sintetizzare le consegne dell'assistenza e infermieristiche		1	BASSA
08/10/2024	inter na	COMUNITA' ERCOLE	La cartella infermieristica e relativo diario non sono documenti previsti nella procedura di gestione della Comunità PRQ GCE Rev. 03 2020. A seguito audit, si genera una AZIONE CORRETIVA	1		ALTA
08/10/2024	inter na	COMUNITA' ERCOLE	La confezione ELEBRATO non riporta la data di scadenza a seguito apertura. A seguito Audit interno.	1		ALTA
08/10/2024	inter na	COMUNITA' ERCOLE	I parametri vitali del Sig. De Michelis Ida sono stati archiviati senza anno.	1		ALTA
15/01/2025	inter na	RP BAG	Riordinare archivio del personale	1		ALTA

Controlli del Direttore Operativo

10/02/2024 RSA NOCETI senza NC

20/03/2024 RP BAGNASCO senza NC

15/05/2024 RSA SANTUARIO senza NC

15/05/2024 RP SANTUARIO senza NC

05/11/2024 RP BAGNASCO senza NC

ALISA – ASL2 Verifica requisiti autorizzativi 15/07/2024 RP BAG – Non conformità minori - richiesti alcuni interventi manutentivi di ripristino,

ALISA – ASL 2 Verifica requisiti autorizzativi 21/10/2024 RSA NOCETI non segnala alcune NC minori, richiesti alcuni interventi manutentivi.

ASL2 Vigilanza RSA SANTUARIO 04/10/2024 Non si segnalano significative NC, richiesta breve relazione alla direzione della struttura 05112024, e interventi manutentivi.

ASL2 RP SANTUARIO 10/10/2025 requisiti autorizzativi senza particolari segnalazioni

ALISA Rinnovo accreditamento RSA NOCETI – RP SANTUARIO – RSA SANTUARIO – RP BAGNASCO 17/12/2024, 3 Osservazioni.

NAS RSA RSA NOCETI 21/10/2024- nel corso della verifica si è riscontrato un attestato OSS da verificare. L'Amministratore Unico ha richiesto al Responsabile Formazione e RDQ di effettuare una verifica sugli attestati

degli OSS e stato degli adempimenti ECM da parte del personale interessato. La verifica è programmata per il giorno 04/02/2025 – Azione Correttiva 01/2025.

Il giorno 17/12/2024 si è svolta la verifica di rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale. La verifica si è basata interamente sul nuovo Manuale di Accreditamento, il lavoro svolto in questi anni dal Gruppo di Miglioramento ha consentito di affrontare la verifica, comunicatoci con minimo anticipo con relativa tranquillità. L'esito è stato positivo.

Si evidenziano alcune Osservazioni precisamente:

Capitolo manuale	Osservazione
<p> Criterio 2 Prestazioni e servizi </p>	<p>Si rileva la necessità di lasciare evidenza in cartella informatizzata delle condivisioni dei PAI con i familiari.</p>
<p> Criterio 3 Struttura e impianti </p>	<p>Si osserva la necessità di completare la procedura gestione infrastrutture ed attrezzature con una istruzione operativa interna relativa alla gestione manutenzione ordinaria interna da utilizzare per gli operatori.</p>
<p> Criterio 4 Competenza del personale </p>	<p>Presa visione addendum contrattuale con il socio di minoranza che delega la valutazione e formazione del neo assunto, si rileva la necessità di predisporre un elenco delle procedure in uso da parte del socio di minoranza.</p>

Punti di forza /eventuali note:

Buone capacità gestionali e di controllo nel rapporto con le partecipate delle Opere Sociali Servizi spa.
Buone capacità di coinvolgimento dei familiari nella vita della struttura e dell'ospite.

Le osservazioni sono state esaminate e discusse lungamente nel corso del GDM odierno.

Per quanto riguarda la prima osservazione, in conclusione si è stabilito di rinviare la discussione alla prossima riunione al fine di individuare delle strategie appropriate per adempiere a questa osservazione, di non facile applicazione.

L'istruzione operativa è stata abbozzata nel breve sarà definita e pubblicata.

Gli adempimenti indicati saranno completati a seguito della approvazione dell'elenco della documentazione del SGQ nel corso del Riesame della Direzione, previsto per il 04/02/2025.

La richiesta sarà formalizzata alle cooperative entro febbraio 2025.

Siamo in attesa della Delibera di Rinnovo Accreditamento.

Azioni legali:

La società ha un registro delle azioni legali tenuto con la collaborazione del Broker di cui si avvale, dal 2016. Nel corso dell'anno in esame si registrano due sinistri.

Anno	Numero sinistri/danni emersi
2020	2
2021	3
2022	2
2023	1
2024	1

numero	data	evento	descrizione	trattata da Avvocato, Broker	trattamento	esito
RIF SAVASS 122/025 6	14/10/2022	lesioni	Peirone rosa figlio	1-8101-2022-0881927	RICHIESTA DANNI FIGLI PER SUO CONTO IN QUANTO AFFETTA DA ALZHEIMER	ROSA PEIRONE CADE DA LETTO SI ROMPE FEMORE E SI LESIONA LA FACCIA - RICOVERATA - APERTO SU POLIZZA OSS e DENUNCIATO A COOP IL FAGGIO CON TRASFERIMENTO DELLA RISERVA PER EURO 41900. al 29.11.2024 NON RISULTANO ATTI DA CONTROPARTE
RIF SAVASS 123/032 3	02/10/2023	femore	BOERI ANNA	DIN COORD CON COOP IL FAGGIO	CADUTA IN BAGNO	NON CI SONO ULTERIORI AGGIORNAMENTI AL 31.12.2024
RIF SAVASS 124/001 2	30/11/2023	DECESSO	EREDI MANZONE LUCIANO	DENUNCIA CAUTELATIVA AL FAGGIO IN ATTESA DI RICHIESTA DANNI - EFFETTUETE INDAGINI INTERNE	MORTE	RICHIESTA DOCS DI AVV SICCARDI LUCA PEC 08.01.2024 - DOC INVIATI - AL 31.12.2024 NESSUNA RICHIESTA DANNI
RIF SAVASS 124/026 6	02/01/2024	traumi e lesioni	SIRI ORTENSIA	1/20067/65/100662259 riff polizza IL FAGGIO	CADUTA DA SEDIA ROTELLE	RICHIESTA DANNI ACC ALAIN BARBERA 01.11.24 -PEC SAVASS AD AVV BARBERA DEL 11.11.2024 CON NUMERO SINISTRO E NOME LIQUIDATORE - 31.12.2024 NESSUN AGG

N.B. Gestione e redazione del registro sinistri a cura del Broker SAVAS

d. Adeguatezza delle risorse:

Il personale in servizio presso i servizi socio sanitari, è conforme per qualifiche, organico contratti di lavoro alla normativa vigente ed al minutaggio previsto.

A seguito della verifica dei NAS presso la RSA RSA NOCETI in data 21/10/2024 si è riscontrato un attestato OSS da verificare. L'Amministratore Unico ha richiesto al Responsabile Formazione e RDQ di effettuare una verifica sugli attestati degli OSS e stato degli adempimenti ECM da parte del personale interessato. La verifica è programmata per il giorno 04/02/2025 – Azione Correttiva 01/2025.

Competenza e formazione del personale:

Le cooperative del Socio di minoranza hanno adottato quale strumento di valutazione delle competenze del personale la scheda di Dreyfus, elaborata per il personale sanitario e quindi implementata nella struttura e adattata alle figure professionali presenti nelle cooperative.

Sono stati predisposti gli strumenti per la valutazione per delle figure professionali principali:

Medico, infermiere, coordinatore/referente infermieristico, OSS, educatore, animatore, ausiliario, cuoco, coordinatore amministrativo.

Ogni scheda prende in esame le seguenti aree di analisi:

Competenze di realizzazione ed operative, di cui:

- Orientamento al risultato;
- Attenzione all'ordine alla qualità ed all'accuratezza;
- Spirito di iniziativa.

Competenze di assistenza e di servizio:

- Sensibilità interpersonale;
- Orientamento al cliente;

Competenze d'influenza:

- Persuasività e influenza;
- Consapevolezza organizzativa;
- Costruzione di relazioni;

Competenze manageriali/organizzative:

- Sviluppo degli altri;
- Lavoro di gruppo cooperazione.

Competenze di efficacia personale:

- Autocontrollo;
- Flessibilità;
- Impegno verso l'organizzazione.

Competenze cognitive:

- Pensiero analitico;
- Capacità tecnico professionali;

I valori di acquisizione della scala di Dreyfus sono i seguenti:

- **Novizio:** *la persona ha un comportamento governato dalle regole, limitato e privo di flessibilità. Non ha esperienza della situazione. PUNTEGGIO: 1*
- **Principiante Avanzato:** *la persona fornisce prestazioni marginalmente accettabili, identifica gli aspetti grazie ad esperienze pregresse, ma ha bisogno di sostegno nel contesto clinico (es aiuto nello stabilire le priorità). PUNTEGGIO: 2*
- **Competente:** *la persona ha padronanza e possiede la capacità di pianificare, fronteggiare e gestire le situazioni infermieristiche. Lavora in situazioni simili da 2-3 anni. PUNTEGGIO: 3*
- **Abile:** *la persona percepisce le situazioni come insiemi, piuttosto che nei singoli aspetti, ne percepisce il significato in termini di obiettivi a lungo termine. Riconosce quando il quadro atteso non si materializza e modifica i piani in risposta ad esso. PUNTEGGIO: 4*
- **Esperto:** *la persona ha enorme esperienza, una comprensione totale e intuitiva della situazione e può concentrarsi su una parte precisa del problema. Le sue prestazioni sono fluide, flessibili ed abili. PUNTEGGIO: 5*

La valutazione delle competenze effettuata nel corso 2023 sulla base dei dati ricevuti conferma i contenuti del piano di formazione:

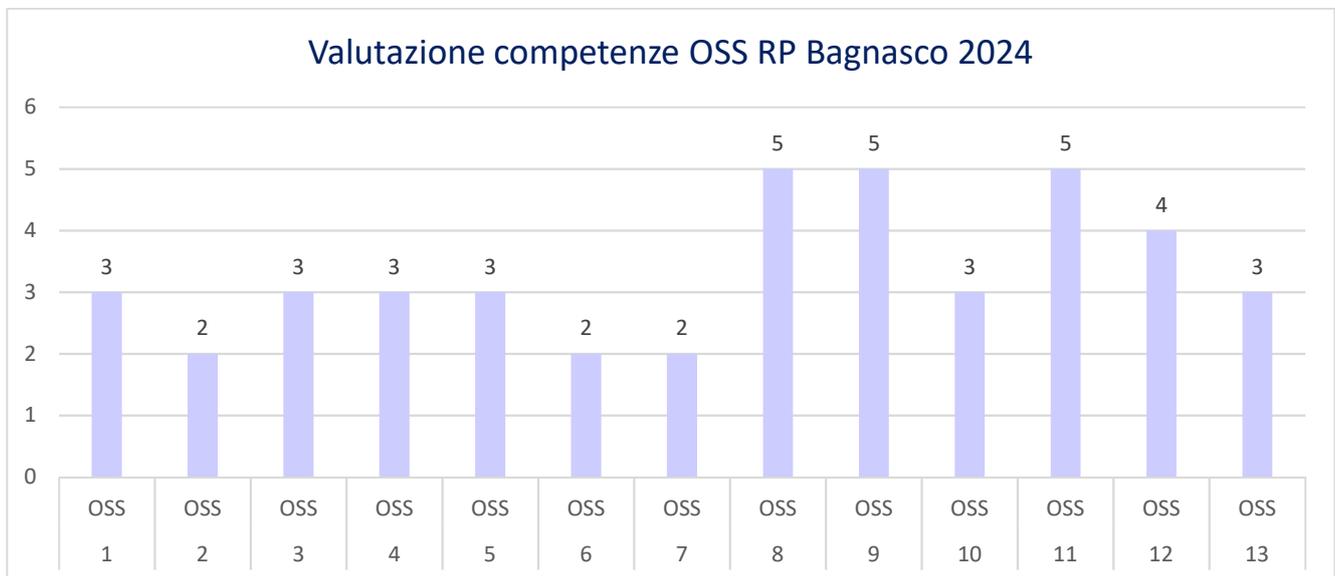
- Per il personale con una esperienza consistente) la maggiore parte si attesta sul livello Esperto.
- Per il personale di nuova assunzione il livello si assesta tra principiante avanzato e competente.

Le azioni formative discendenti dalla precedente valutazione si concentreranno pertanto per quanto riguarda i nuovi assunti sulla necessità di implementazione delle competenze e conoscenze relative al ruolo.

Per il resto del personale di maggior esperienza si evidenzia la necessità di lavorare sui seguenti obiettivi:

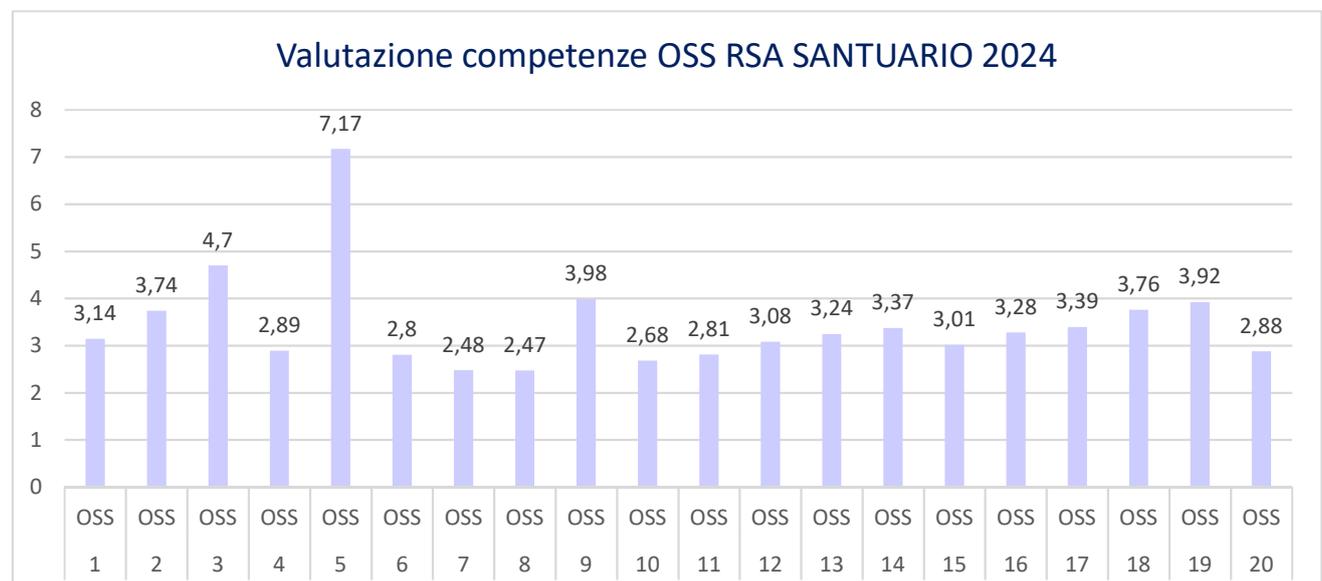
- valorizzazione delle professionalità di ciascun ruolo tramite progetti di supervisione e counseling;
- attività di formazione mirata al sostegno individuale e di gruppo sulla relazione e sullo scambio di esperienze e competenze;
- bilancio di competenze;
- migliorare la parte di autovalutazione delle competenze allo stato attuale non considerata nel sistema messo in atto;
- miglioramento degli strumenti di valutazione della motivazione e benessere lavorativo, per migliorare le azioni conseguenti.

RP BAGNASCO

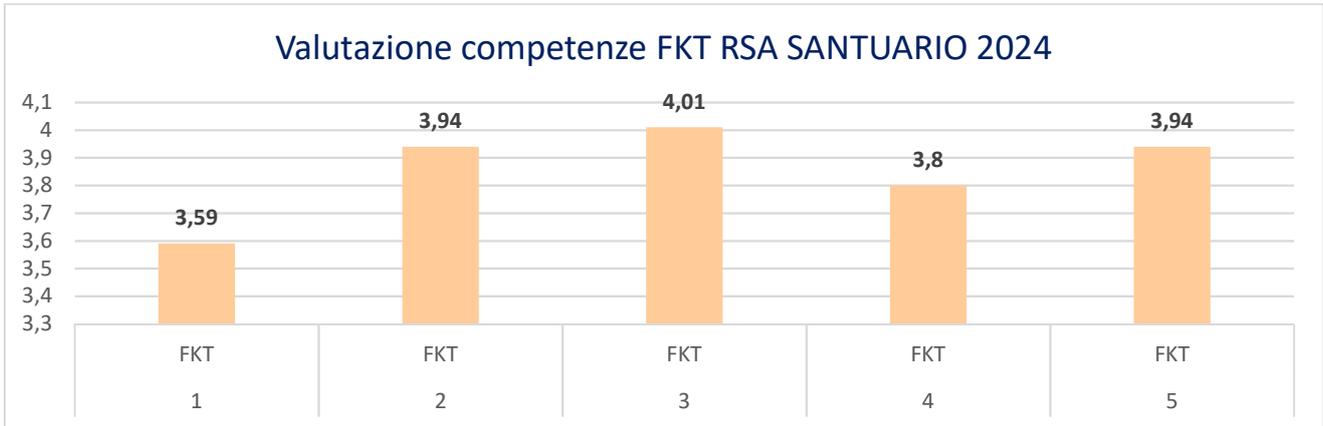


Media 3,3 competente.

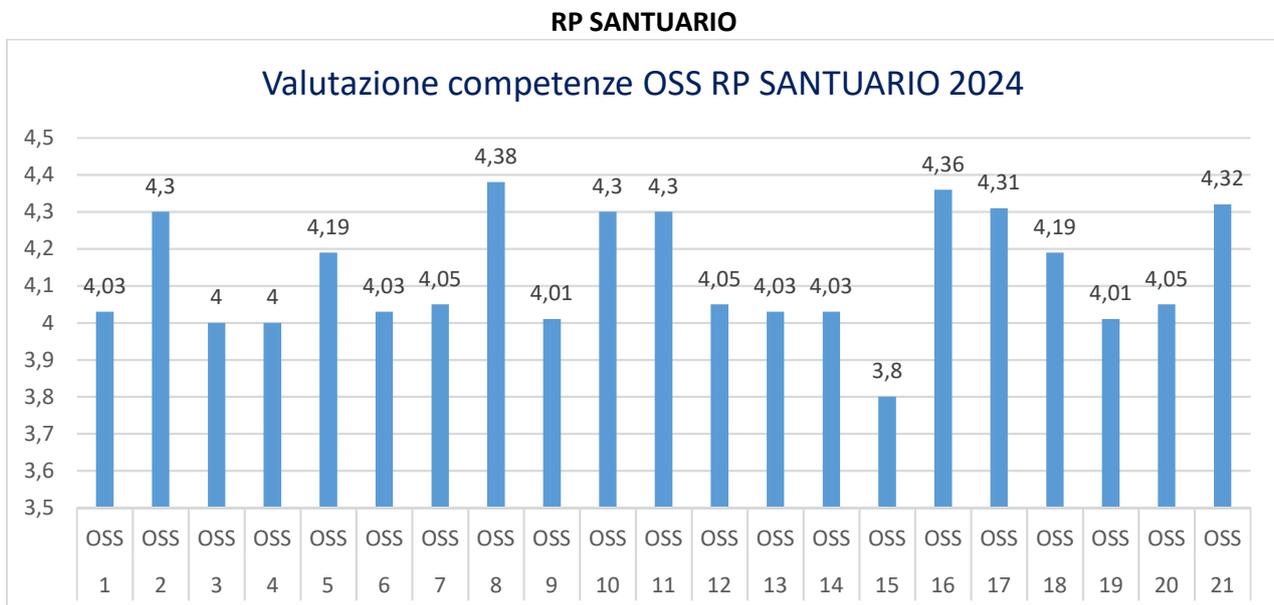
RSA SANTUARIO



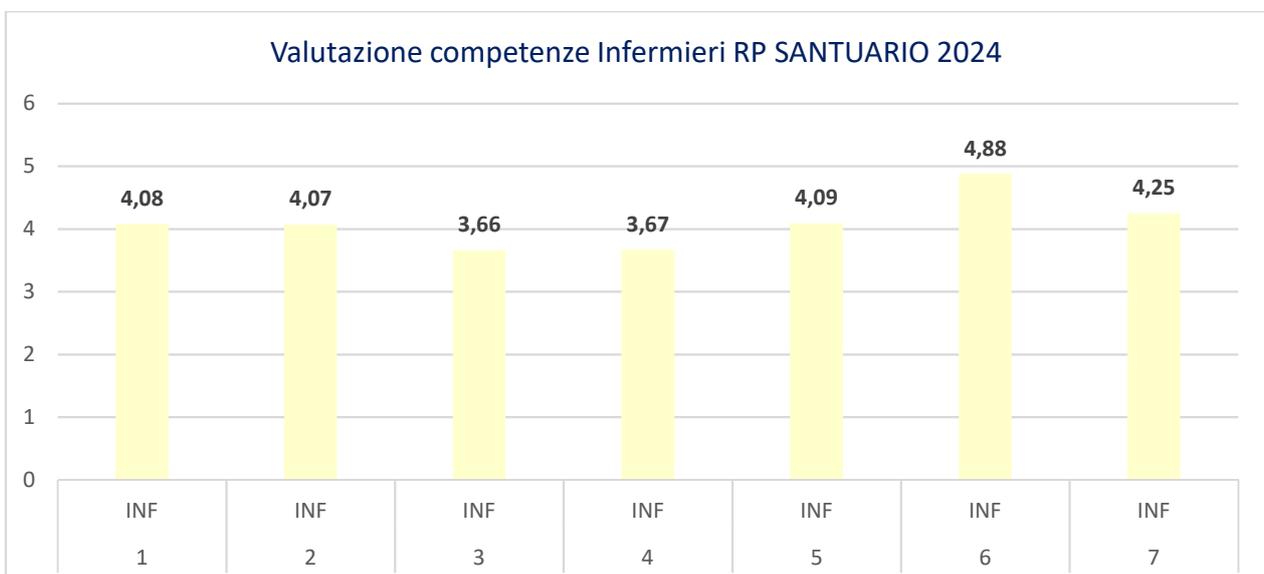
Media: 3.4 competente.



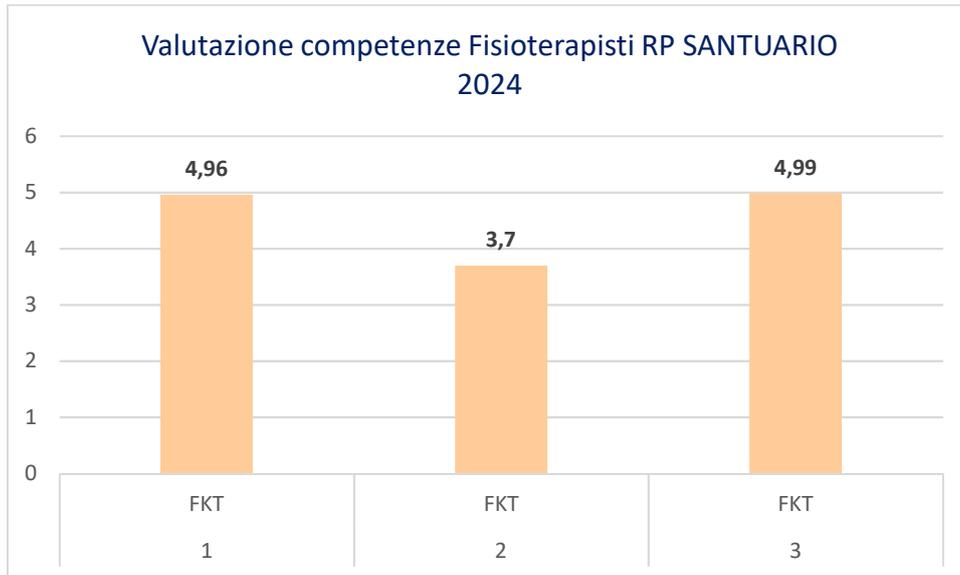
Media: 3.9 competente.



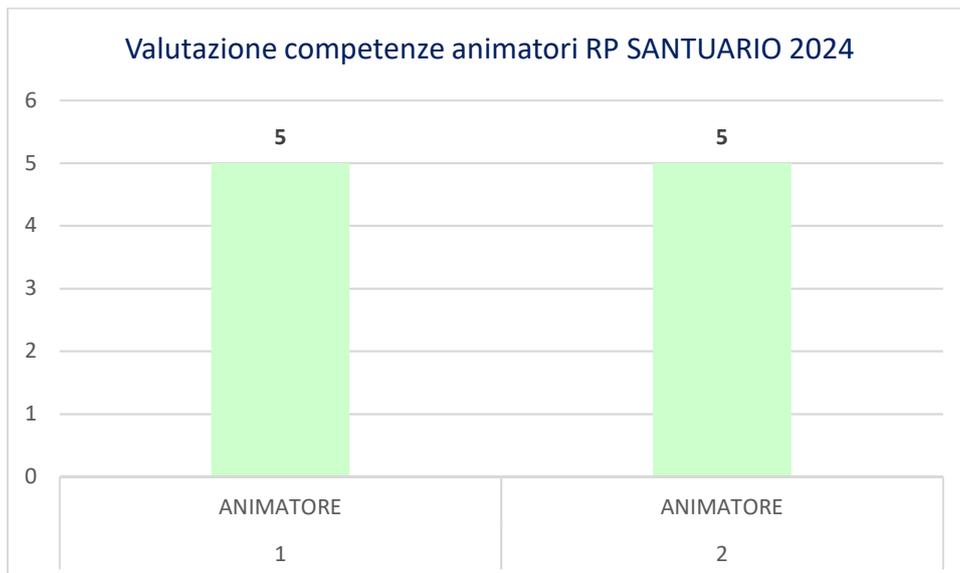
Media: 4.1 esperto



Media: 4.1 esperto

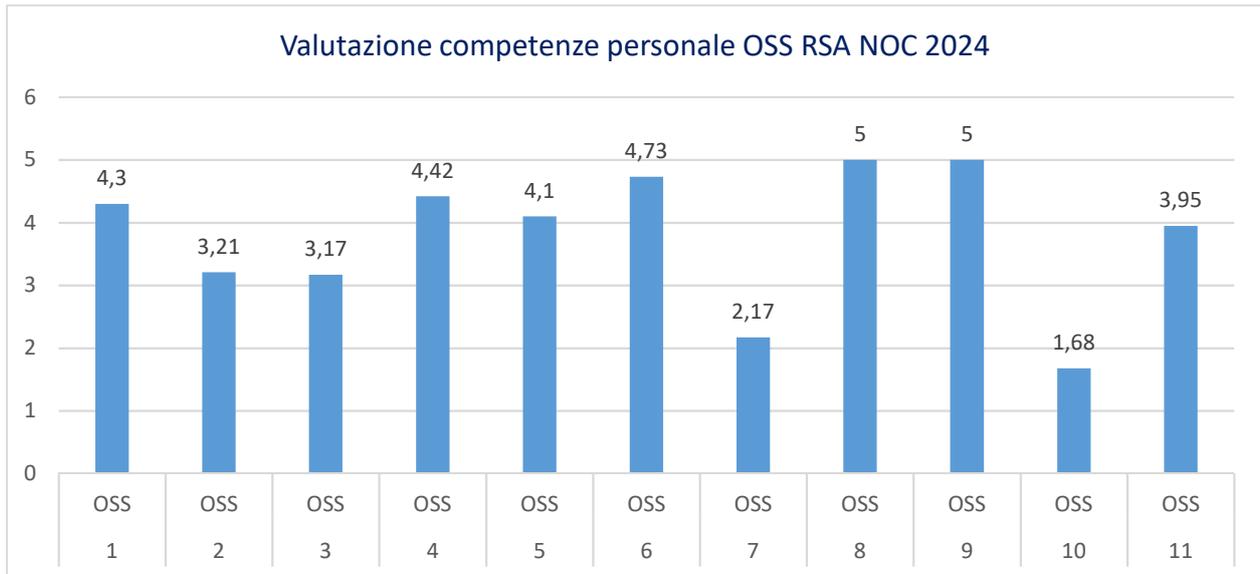


Media: 4.55 esperto



Media: 5.00 esperto

Valutazione competenze RSA NOCETI



Media: 3,8 competente.

ECM

ECM, dati relativi al triennio concluso nel 2023, risultavano conformi.

L'Amministratore ha disposto un controllo della situazione allo stato attuale su tutto il personale soggetto a cura del RdQ e Responsabile della formazione in attuazione.

I Direttori Sanitario hanno inviato la verifica dell'efficacia delle attività di formazione proposte da OSS spa ed hanno confermato i contenuti prioritari per la formazione per l'anno 2024.

- Gruppo di miglioramento;

Contenuti formativi per l'anno 2024 per il personale sia dipendente che del socio di minoranza

I bisogni formativi per le professioni socio sanitarie sono individuati e sottoposti alle cooperative, anche nell'ottica del nuovo sistema autorizzativo e di accreditamento, e testati con il questionario in allegato. MOD RBF.

L'analisi complessiva della formazione è rinviata al Riesame Complessivo previsto per il giorno 04/12/2025.

Gruppo di miglioramento

Anche per l'anno 2024 è proseguita l'attività del Gruppo di Miglioramento delle strutture Socio Sanitarie Opere Sociali Servizi spa. Il Gruppo è costituito da Amministratore Unico, Direttore Operativo, Responsabile Qualità Direttori Sanitari, Coordinatori Amministrativi, Coordinatori e Referenti Infermieristici, coordinatore Animazione e Fisioterapisti, personale amministrativo. Il gruppo di lavoro è accreditato ECM per il personale sanitario, 16 crediti. GRUPPO DI MIGLIORAMENTO OPERE SOCIALI SERVIZI SPA-anno 2024 (ECMPG 13885

Il GDM è un appuntamento importante e fondamentale per tanti aspetti, in particolare la condivisione delle linee operative, la discussione collettiva delle difficoltà e criticità.

Il Responsabile della formazione ha provveduto a calendarizzare e riprogrammare l'evento anche per l'anno 2024.

2024	
DATA	ARGOMENTO
Martedì 19/03 – 13.30/15.30	Report audit ente di certificazione piano di miglioramento, aggiornamento linee guida.

Martedì 16/04 - 13.30/15.30	Verifica corretto utilizzo delle potenzialità della cartella elettronica sanitaria. Progetto nutrizione, stato.
Martedì 21/05 - 13.30/15.30	Analisi incident reporting – intervento a cura del Risk Manager
Martedì 18/06 - 13.30/15.30	Nuova stesura relazione semestrale DS - esiti assistenziali.
Martedì 06/08 - 13,30 / 15,30	Verifica corretto utilizzo delle potenzialità della cartella elettronica sanitaria.
Martedì 24/09 – 13.30/15.30	Attuazione del piano di miglioramento.
Martedì 22/10 - 13.30/15.30	Comunicazione con le famiglie e con gli ospiti. Comunicazione eventi avversi problematiche sanitarie/organizzative.
Martedì 12/11 - 13.30/15.30	Istanza di accreditamento istituzionale, stato dell'arte.

Di seguito il programma del GDM per l'anno corrente 2025

CALENDARIO GRUPPO MIGLIORAMENTO 2025 ECMPG 15308 - 19,5 crediti	
DATA	ARGOMENTO
28/01/2025	riesame della direzione socio sanitarie
25/02/2025	Report aud+H4:H13it ente di certificazione piano di miglioramento, aggiornamento linee guida.
25/03/2025	Gestione della privacy aggiornamento
06/05/2025	Revisione istruzioni operative - linee guida
10/06/2025	Analisi incident reporting – intervento a cura del Risk Manager
05/08/2025	Attuazione del piano di miglioramento.
09/09/2025	Verifica corretto utilizzo delle potenzialità della cartella elettronica sanitaria.
07/10/2025	FEMEA - analisi eventi avversi
04/11/2025	Comunicazione con le famiglie e con gli ospiti. Comunicazione eventi avversi problematiche sanitarie/organizzative.
09/12/2025	Aggiornamento umanizzazione, Stato dell'arte, consuntivo attività annuale raggiungimento obiettivi e prospettive

Comunicazione

Le carte dei servizi di tutte le strutture sono state riesaminate costantemente per seguire alcune modifiche dell'organigramma e riemesse. Sono disponibili nel sito della Società.

Nella carta dei servizi è stata inserita una sottolineatura sulla possibilità di professare liberamente la propria fede religiosa.

Nel sito istituzionale è stata inserita la polizza assicurativa, a decorrere dal mese di ottobre 2023.

L'analisi degli esiti della Comunicazione della Società sono contenuti nel Riesame complessivo programmato per il giorno 04/02/2025.

Situazione economica / investimenti / Manutenzioni

Il dettaglio dell'analisi economica è rimandato al Riesame della direzione complessivo previsto per il 04/02/2025.

Gli obiettivi di lavoro per le manutenzioni condivisi con le cooperative titolari del Global sono i seguenti:

1. Monitoraggio ordine reparti e magazzini;
2. Riordino chiavi di ogni struttura;
3. Revisione armadietti /spogliatoi in tutte le strutture;
4. Ingresso Santuario / illuminazione /comfort;
5. Monitoraggio situazione televisori (stanze e magazzino);
6. Monitoraggio condizionatore portatili Santuario e Noceti (aprile / maggio);
7. Manutenzione periodica annuale degli infissi;
8. Manutenzione porte Noceti;
9. Tinteggiature / ripristini in base ad una valutazione di priorità;
10. Monitoraggio periodico per smaltimenti, razionalizzazione dei magazzini per deposito materiali da smaltire.

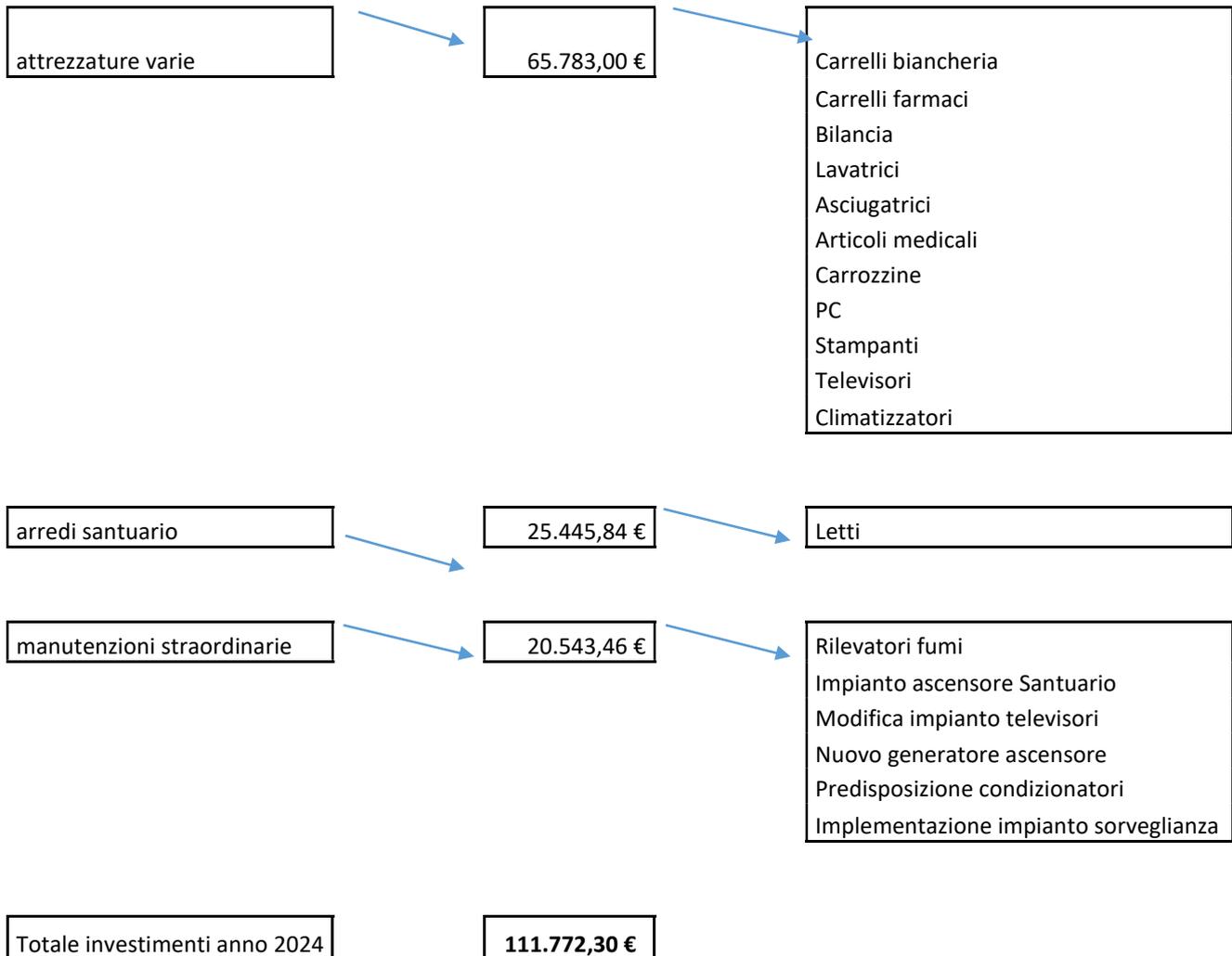
Acquisti materiali per strutture socio sanitarie anno 2024:

In sede di rinnovo della certificazione di qualità nel febbraio 2024 abbiamo individuato nel riesame della direzione degli obiettivi di miglioramento per l'anno a seguire focalizzati sul comfort alberghiero delle strutture.

Le criticità che individuiamo e che vengono lamentate dai familiari dei nostri ospiti sono per lo più legate a deficit strutturali o dei servizi generali quali la ristorazione o la lavanderia piuttosto che la cura e l'assistenza dell'ospite.

Il tema della ristorazione è stato monitorato con cura e seguita tentando modifiche organizzative, modifiche dei menu, intensificazione dei controlli, ma il percorso è ancora in atto.

In riferimento al comfort alberghiero abbiamo intensificato alcune manutenzioni e fatto investimenti, sia per quanto riguarda la dotazione di elettromedicali e attrezzature utili ai reparti, sia con l'acquisto di televisori per la dotazione delle stanze che per le sale comuni.



Attività informatiche

Vedi riesame complessivo.

Fascicolo sanitario elettronico:

Al fine di affinare il monitoraggio dei vari aspetti di rischio clinico nel corso del 2024 è stato richiesto alla ditta CBA un ampliamento degli esiti assistenziali estrapolabili dalla cartella sanitaria elettronica. La richiesta è stata gestita in collaborazione con il dott. Gabriele Bargetto. Le modifiche messe in atto consentono di estrarre gli esiti assistenziali tipici del contesto operativo delle RP RSA, in particolare i dati sulle cadute, con dettagli in merito a tipologia, orario luogo, e con conseguente possibilità di effettuare correttivi atti a diminuire il rischio.

La disponibilità di dati statistici uniformi, consentirà nel corso dei prossimi anni di mettere in atto valutazioni accurate e la disposizione di azioni opportune, con relativo feed back.

I dati statistici confluiscono nella nuova stesura della relazione periodica dei Direttori Sanitari, costituiscono inoltre oggetto di discussione del Gruppo di Miglioramento e del Rischio Clinico.

Interventi di manutenzione anno 2024

Vedi riesame complessivo.

- **Aspetti strutturali e tecnologici.**

Le strutture gestite da Opere Sociali Servizi rispettano gli standard strutturali previsti dalla normativa vigente. La struttura RP RSA SANTUARIO non dispone di impianto di condizionamento poiché la Soprintendenza della Regione Liguria ha respinto i progetti presentati.

Requisiti organizzativi - Accredimento

Le strutture Opere Sociali Servizi sono adeguate alla nuova normativa della Regione Liguria anche per quanto riguarda gli standard organizzativi, come risulta dalla delibera di Accreditamento della Regione Liguria n° 1799 del 10/03/2020.

Nel corso dell'anno 2024 è stata redatto **allegato B3** - Autovalutazione requisiti accreditamento che costituisce un piano di lavoro per la predisposizione dell'accREDITamento sulla base dei nuovi requisiti.

Stato di attuazione, scheda di autovalutazione dei requisiti AccREDITamento Istituzionale Regione Liguria:

Legenda: 1 – Presenza di documentazione e pianificazione – 2 Implementazione – 3 Monitoraggio – 4 Miglioramento della qualità

Item di autovalutazione	Esito autovalutazione 202à 4
1.1	4
1.2	3
1.3	3
1.4	4
1.5	4
1.6	4
2.1	4
2.2	3
2.3	3
2.4	3
2.5	4
3.1	2
3.2	3
4.1	3
4.2	2
5.1	3
5.2	2
5.3	4
5.4	2
5.5	4
5.6	4
6.1	4
6.2	3
6.3	2
6.4	4
7.1	2
7.2	Na
7.3	4
8.1	3

Entro il 28/02/2025 verrà aggiornata l'autovalutazione.

e) **Aggiornamento Normativo:**

L'aggiornamento normativo ha interessato i seguenti aspetti:

- DGR Regione Liguria n° 640 DEL 27/06/2024 Riordino del sistema tariffario per la residenzialità e semi residenzialità socio sanitaria extra ospedaliera – Determinazione di una metodologia di costruzione di costi standard e provvedimenti conseguenti.

f) **Aggiornamento o riconferma delle linee guida scientifiche**

Vedi allegato MOD RLG – Raccolta linee guida per l'anno 2025.

I testi completi dei documenti sono reperibili nella cartella "linee guida trasversali" condivisa.

Fonte: Giornale di Gerontologia SIGG

- *Linee guida al trattamento dell'incontinenza urinaria nel paziente anziano*
- *Linee guida per la valutazione della malnutrizione nell'anziano*
- *Cure palliative nel paziente anziano terminale*

Fonte: Raccomandazioni del Ministero della Salute

- **Raccomandazione Ministero della Salute n° 19 - Per la manipolazione delle forme orali solide – ottobre 2019**
- *Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale*
- *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*
- *Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "lookalike/sound-alike"*
- *Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica*
- *Accordo stato Regioni del 07/05/2018 "Prevenzione e controllo della legionellosi".*
- *Raccomandazione corretto utilizzo soluzioni concentrate Cloruro Potassio KCL 01/03/2008.*
- *L'Audit clinico. Maggio 2011*
- *Linee guida per gestire e comunicare l'evento avverso. Giugno 2011*

Fonte: Determine ARS Liguria

- *n. 42/2015 Piano regionale per la prevenzione delle cadute*
- *n. 125/2014 Gestione di enterobatteriacee resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitari*

Fonte: ASL 2

- *L'alimentazione nella terza età 2007*
- *L'alimentazione in RSA 2007*

Altre fonti:

REGIONE PIEMONTE BU49 07/12/2022 - Codice A1400A - D.D. 15 novembre 2022, n. 2139 **Approvazione delle "Linee di indirizzo regionali in materia di utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti"**.

Nel corso dell'anno in corso sono stati predisposti i seguenti documenti discendenti dal capitolo 6 del manuale di Accreditamento Regione Liguria:

CODICE	Titolo	Emissione
PA ICA	Piano annuale prevenzione infezioni correlate alla assistenza	Rev. 00 11/11/2024
PA PARS	Piano annuale Rischio clinico	Rev. 00 11/11/2024
MOD SCP	Segnalazione comitato parenti	Rev. 00 22/11/2024

A seguito del lavoro con il GDM l'Amministratore Unico ha provveduto alla revisione del Consenso alla cura nell'ottica della semplificazione:

CODICE	Titolo	Emissione
MOD DAC RP	Modulo consenso alle cure RP	Rev. 03 26/11/2024
MOD DAC RSA	Modulo consenso alle cure RSA	Rev. 03 26/11/2024

g) Esiti assistenziali

Al fine di organizzare la rilevazione dei dati relativi agli esiti assistenziali è stato fatto un approfondito lavoro con i tecnici della cartella sanitaria elettronica e la completa revisione della relazione dei Direttori Sanitari adottata nel 2024. La modifica ad un primo esame, rivela un rilevamento dei dati più omogeneo.

L'analisi delle cadute sarà oggetto di analisi dettagliata di anno in anno potendo utilizzare la statistica che si genera dalla cartella elettronica, che prende in esame:

- Numero cadute degli ospiti per sesso;
- Andamento cadute mese per mese;
- Ambiente di vita;
- Cadute per reparto;
- Fasce orarie;
- Presenza di testimoni;
- Tipologia delle conseguenze;
- Numero eventi per ospite;
- Eventi con contenzione.

Le relazioni semestrali dei Direttori Sanitari con l'analisi delle cadute del 2024, redatta su base semestrale costituisce un allegato del presente documento.

h) Efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità

Il documento di valutazione dei rischi e delle opportunità è stato revisionato per includere il cambiamento climatico quale fattore di rischio – DOC FDR Fattori di rischio rev. 00 – 27/01/2025.

i) Rischio clinico:

	RSA NOC	RSA SANT	RP SANT	RP BAG
2020	1	0	1	0
2021	1 *	21	8	7
2022	6	0	4	3
2023	6	0	4	3
2024	0	4	13	5

Nel novembre 2024 il Risk Manager ha svolto un audit clinico esaminando le cartella sanitarie dei pazienti delle 4 strutture.

Dicembre 2024 la struttura RP RSA SANTUARIO è stata oggetto di Safety Walk Around a cura del RSPP e RDQ.

Nel 2024 rispetto agli incidenti inter reporting, si evidenzia una sempre alta percentuale, rispetto al totale dell'incidente reporting, delle cadute.

Infatti

Nel 2024 nell'ambito dell'attività di risk management col gruppo del rischio clinico si analizzata la situazione delle cadute ed insieme al gruppo si è modificata la procedura come anche evidenziato nel PARS – Piano annuale del Rischio 2024.

La maggior parte delle cadute sono cadute senza gravi conseguenze, quindi si evidenzia una media frequenza ma con una bassa/ media gravità.

La struttura RP santuario fa rilevare un numero maggiore di cadute dovuta sicuramente al numero maggiore degli ospiti presenti e anche la tipologia degli ospiti che essendo un pochino più autosufficienti e autonomi girano nella struttura e ciò incide sul numero cadute.

Non si rilevano grosse problematiche sulle piaghe da decubito.

Gruppo di lavoro Rischio Clinico e Infezioni correlate alla Assistenza:

Il gruppo del rischio clinico ha lavorato per effettuare tutte le procedure resasi necessarie dal nuovo manuale accreditamento che quindi sono state messe a regime e nelle quali si è esplicitato anche il lavoro per l'anno in corso.

Ne risulta una implementazione di quanto già in corso e soprattutto una buona attività per quanto concerne la prevenzione ICA (con anche corsi effettuati) e si farà un corso sull'igiene delle mani.

Altri corsi effettuati dalla cooperativa per il personale hanno riguardato la gestione rischio clinico e la prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari.

Vi è stato 1 solo sinistro aperto a riprova che comunque le strutture sono attente a tutti gli aspetti della sicurezza delle cure grazie anche al monitoraggio continuo.

La cartella clinica ha aiutato molto in tutte le fasi garantendo una sicurezza maggiore sulla somministrazione farmaci e sulla possibilità di estrapolare dati prima non così facilmente evidenziati.

L'audit clinico sulle cartelle ha avuto esito nel complesso positivo e ha permesso di capire punti di debolezza delle varie figure professionali e consentendo alla direzione generale e al resp della qualità di evidenziare eventuali punti su cui lavorare e quindi consentendo un miglioramento della compilazione.

(a cura del Risk Manager Raffaella Carpo).

ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME

e) Piano degli audit del Gruppo Interno Rischio clinico anno 2025

2 audit clinici cartelle sanitarie a cura del RM, cadenza semestrale.

1 audit interno per ciascuna struttura di conformità ISO 9001 e Manuale accreditamento.

Savona, 28/01/2025

Redazione Paola Veirana

Approvazione Amministratore Unico

Direzione Sanitaria RSA NOCETI – RSA SANTUARIO
dott. Renzo Paltrinieri

Direzione Sanitaria RP SANTUARIO – RP
BAGNASCO
dott. Giampaolo Pesce

ALLEGATI:

- Relazioni semestrali Direttore Sanitario RSA NOCETI – RP SANTUARIO – RSA SANTUARIO – RP BAGNASCO, anno 2024. Statistiche cadute strutture anno 2024.
- Check list mensili dei Direttori Sanitari anno 2024.
- Registro incident reporting 2024.
- Raccolta Linee guida in uso.