



IRCCS FONDAZIONE
STELLA MARIS

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
OSPEDALE DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
PER LA NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
ISTITUTO DI RIABILITAZIONE PER PATOLOGIE NEUROPSICHIATRICHE

CALAMBRONE (Pisa)

Report 2023

PERIODICO DI INFORMAZIONE

INDICATORI DI ATTIVITA'

*Consuntivo dell'Attività Sanitaria e
Monitoraggio di alcuni parametri del S.G.Q.*

IRCCS Stella Maris – Anno 2022



a cura della Direzione Sanitaria

2023

INDICE

1) STRUTTURA ORGANIZZATIVA E GESTIONE DELLE STRATEGIE AZIENDALI - PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE

- A) ATTIVITA' DI DEGENZA**
Unità Operative Ospedaliere pag. 2
- B) BACINO D'UTENZA**
Dipartimento Ospedaliero pag. 7
- C) PRESTAZIONI AMBULATORIALI**
Attività in ambito ospedaliero pag. 12
- D) DRG**
DRG più rappresentati pag. 16

2) RETE AZIENDALE PER LA QUALITA' E SICUREZZA

- A) TEAM QUALITA' E SICUREZZA** pag. 22
- B) FACILITATORI QUALITA' E SICUREZZA (FQS)** pag. 22

3) POLITICHE PER LA QUALITA'

- A) GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO** pag. 23
La Gestione del Rischio Clinico (GRC) nel Presidio di Calambrone, Marina di Pisa e San Miniato pag. 24
- B) IL METODO FMEA: ANALISI DEI PROCESSI** pag. 25
- C) ALCUNE ANALISI DI RISCHIO**
- C1) Analisi delle assenze per malattie ed infortuni pag. 29
 - C2) Analisi dell'andamento delle infezioni nelle UU.OO. Ospedaliere pag. 31
 - C3) Analisi dell'andamento delle infezioni da virus SARS-CoV-2. Screening sul personale operante presso il Presidio Ospedaliero ed Extraospedaliero della Fondazione Stella Maris di Calambrone. pag. 33

4) PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

- A) INFORMAZIONE E ASCOLTO** pag. 35
- B) SODDISFAZIONE DELL'UTENZA**
- B1) **Ospedale sede di Calambrone**
 - B1.1) Dipartimento Clinico Ospedaliero: Analisi dei questionari di valutazione della qualità percepita dall'utente esterno pag. 36
 - B1.2) Analisi dei risultati pag. 40
 - B2.) **Struttura di Riabilitazione di Calambrone- IRC**
 - B2.1) Istituto di Riabilitazione di Calambrone (IRC): Analisi dei questionari di valutazione della qualità percepita dall'utente esterno pag. 42
 - B2.2) Analisi dei risultati pag. 42
- C) RECLAMI E SEGNALAZIONI** Dipartimento Clinico Ospedaliero pag. 48

5) GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- A) CONTROLLO DI QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI EROGATE** pag. 50
- B) QUALITA' DELLE PROCEDURE ORGANIZZATIVE DELL'ARCHIVIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA** pag. 58
- C) CONTROLLO APPLICAZIONE PROCEDURE DI FOLLOW-UP** pag. 60

6) RISORSE UMANE: VALUTAZIONE

- A) VALUTAZIONE PERIODICA DEL PERSONALE** pag. 61
- B) BENESSERE ORGANIZZATIVO**
- B1) Soddisfazione delle risorse interne: Indagine del clima interno pag. 62
 - B2) Attività Formativa Aziendale pag. 67

7) GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA

- A) SERVIZI INTERNI**
Non Conformità pag. 69
- B) SERVIZI ESTERNI**
Valutazione dei Fornitori pag. 74

INTRODUZIONE

Anche quest'anno proseguiamo con la pubblicazione dei dati di attività e dei principali indicatori di qualità relativi all'anno 2022.

Tutti i parametri riportati sono un utile strumento di analisi ed una ricca fonte di dati; sicuramente rappresentano una grossa opportunità per il coinvolgimento di tutti i dipendenti alla riflessione sulle criticità aziendali, ma anche sui punti di forza della struttura.

Inoltre questo periodico rappresenta un utile strumento per tutte le direzioni, strumento indispensabile al fine di poter apportare quei correttivi necessari per il miglioramento dell'efficienza, dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate.

I dati raccolti, insieme ad altre informazioni, costituiscono la base di partenza per attivare interventi correttivi da valutare nel corso del "Riesame di Direzione"

Questa pubblicazione viene resa nota a tutto il personale tramite spazio intranet della Fondazione ed inoltre divulgata esternamente tramite il sito web esterno: <https://www.fsm.unipi.it/>.

1) STRUTTURA ORGANIZZATIVA E GESTIONE DELLE STRATEGIE AZIENDALI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE

A) ATTIVITA' DI DEGENZA

UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE

A1) Totale dei pazienti ricoverati nel Dipartimento Ospedaliero nel corso dell'anno

In questo capitolo presentiamo nella prima sezione i dati relativi alle attività di degenza delle tre Unità Operative Complesse (UOC) della struttura ospedaliera, nella seconda sezione quelli relativi alla UOC che effettua attività riabilitativa extra ospedaliera.

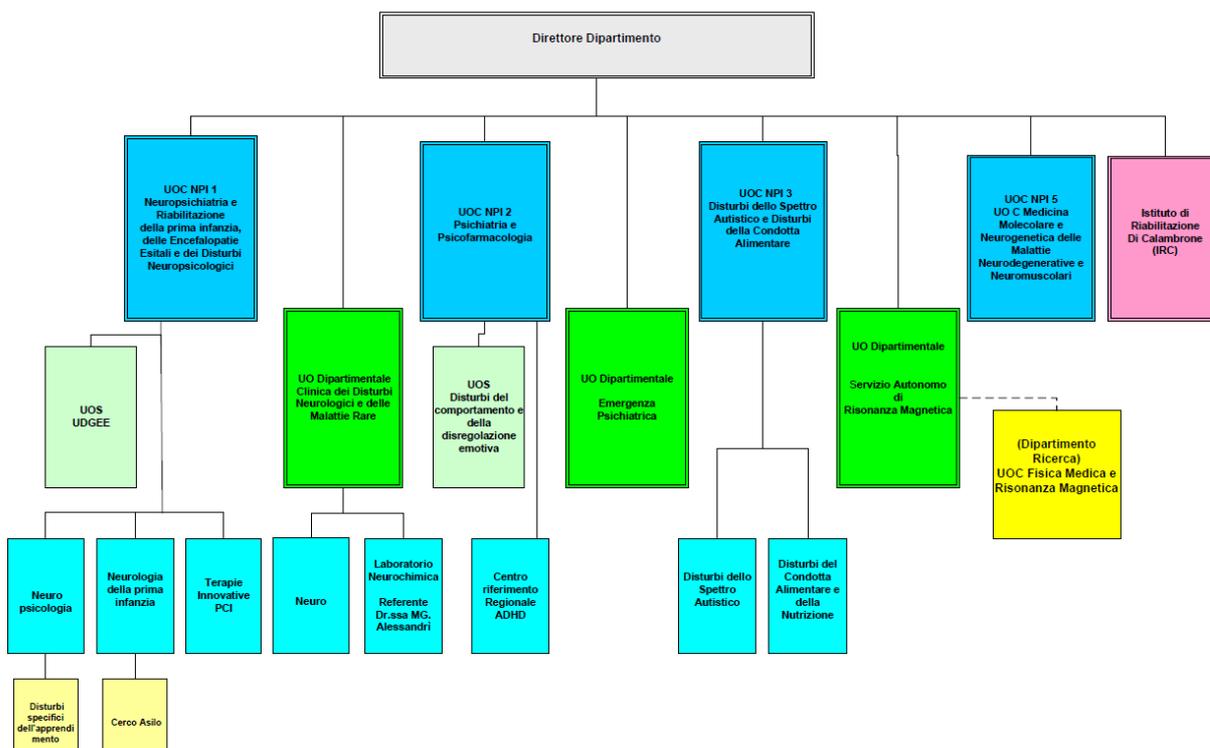
Nella tabella riportiamo il numero complessivo dei pazienti ricoverati nel Dipartimento Ospedaliero con il confronto tra il 2021 ed il 2022.

	anno 2021	anno 2022	delta 2022 vs. 2021
Dimessi totali	3882	4249	196

Nel 2022, le UUOO del dipartimento ospedaliero dotate di posti letto hanno operato secondo il seguente modello organizzativo:

- **UOC Neurologia e Neuroriabilitazione (Cod 33 e cod 75)**
- **UOC Psichiatria dello Sviluppo (Cod 33)**
- **UOC Psichiatria e Psicofarmacologia dello Sviluppo (Cod 33)**

Dal Luglio 2022, con l'istituzione del Dipartimento Clinico, ci sono stati dei cambiamenti organizzativi che hanno rimodulato la suddivisione delle UU.OO. in UO Complesse, UO Semplici ed UO Dipartimentali (con autonomia Direzionale).



Riportiamo di seguito in tabella la ripartizione dei posti letto suddivisi nelle tre grandi aree cliniche e di attività che coincidono con i tre percorsi assistenziali attivati presso la struttura

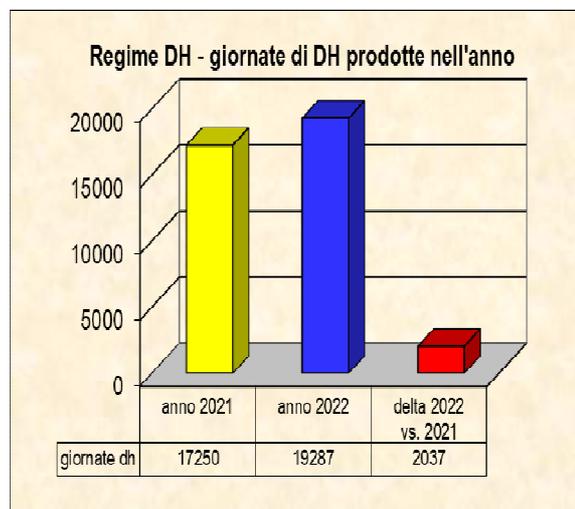
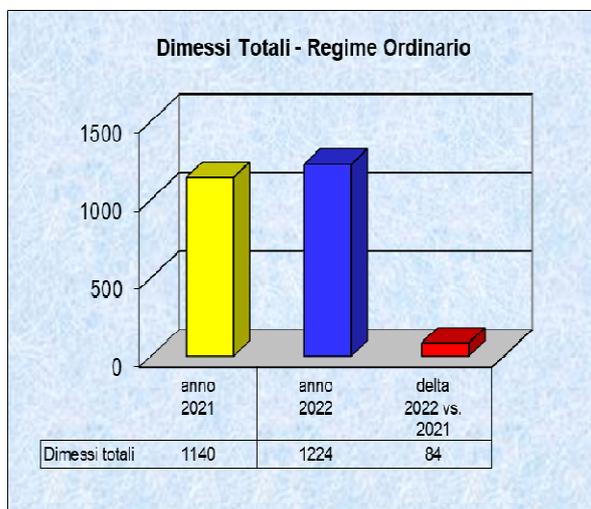
	RO	DH*
Area disturbi Neurologici (cod. 33)	15	5
Area disturbi Psichiatrici (cod. 33)	17	14
Area Riabilitazione Ospedaliera (cod. 75)	7	3
Totale	39	22

* si ricorda che 1 posto letto, corrisponde a due pazienti/die

Nella tabella successiva è riportato il numero di degenti degli ultimi due anni suddivisi secondo le tre aree:

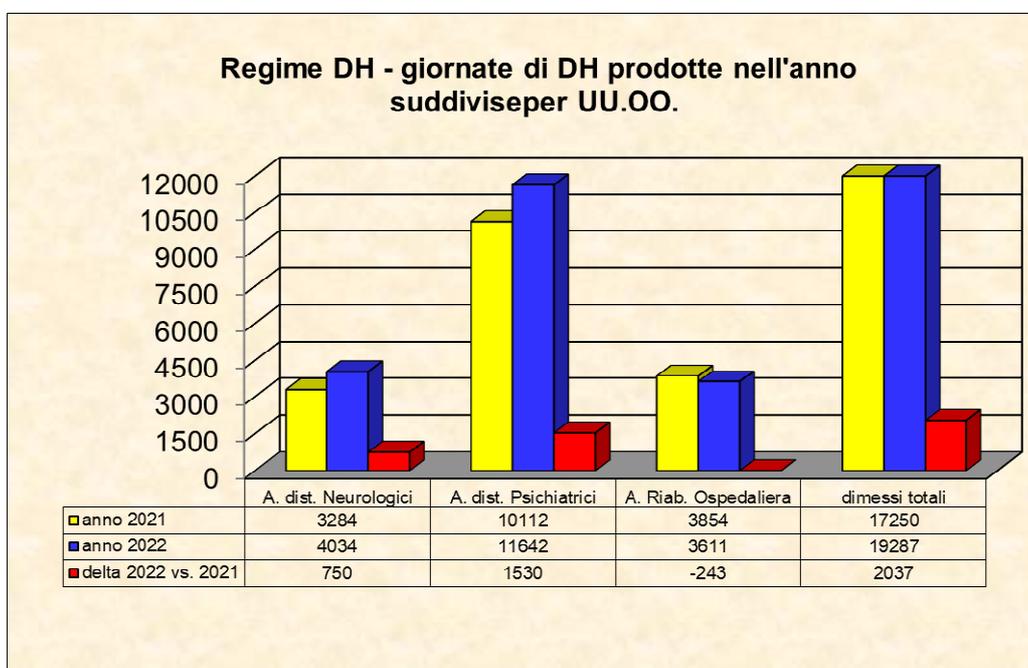
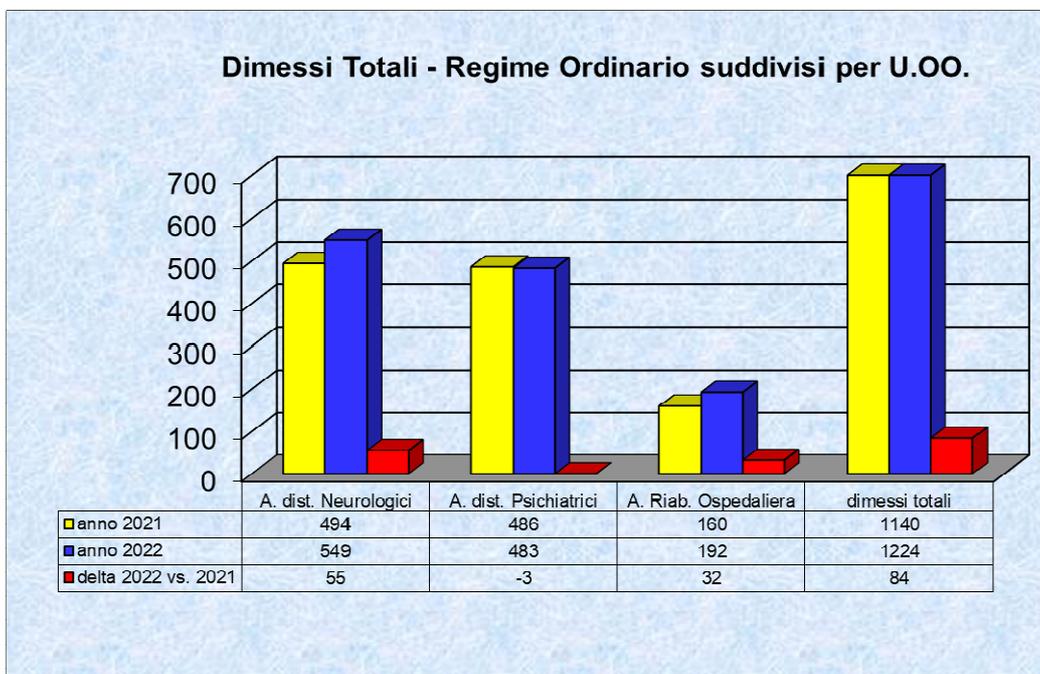
Dimessi Totali			
	A. Dist. Neurologici	A. Dist. Psichiatrici	A. Riab. Ospedaliera
anno 2021	1014	2343	525
anno 2022	1135	2562	552
delta 2022 vs. 2021	121	219	27
incremento %	11%	9%	5%

Dai dati riportati in tabella si può evidenziare come la ripresa dell'attività, dopo la pandemia, riporti un incremento delle degenze. Questo dato positivo, rileva un'aumento del numero dei ricoveri ordinari (più 84) ed anche degli accessi in DH, (più 2037).



Nei due grafici successivi i pazienti vengono presentati nella suddivisione per aree di patologia prevalente riferita alla UO di degenza ed inoltre riclassificati in base alle due diverse modalità di degenza; Ricoveri ordinari (RO) e Day Hospital (DH).

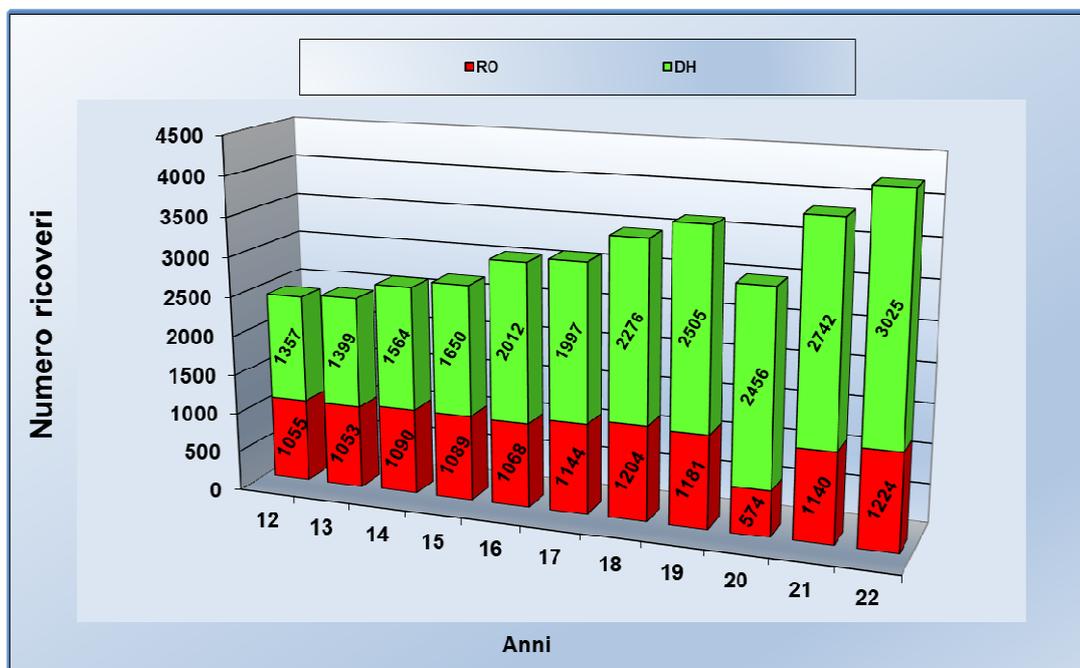
In confronto con il 2021 si osserva una aumento di + 55 RO per l'area di Neurologia (-53 nel 2021); una lieve flessione di - 3 per l'area Psichiatrica (+ 23 nel 2021) ed un aumento di +32 per l'area di Riabilitazione Ospedaliera (- 11 nel 2021) con un aumento delle giornate di ricovero ordinario cod. 75 pari a + 222 (-120 gg nel 2021).



Per i ricoveri in regime di DH si evidenzia una importante ripresa dell'attività nell'area Neurologica ed in quella Psichiatrica, mentre nell'area riabilitativa si rileva una diminuzione delle giornate rispetto all'anno 2021.

Il grafico successivo mostra in maniera sintetica, l'attività di ricovero ospedaliero nel suo complesso con la demarcazione tra Ricovero Ordinario e Day Hospital. Si tratta dell'attività di degenza così come si è andata sviluppando anno dopo anno dal 2012 al 2022, sempre relativa al Dipartimento Ospedaliero.

Dal grafico si visualizza molto bene, attraverso l'andamento longitudinale, il costante incremento complessivo anno dopo anno dell'attività delle degenze, incremento che come già detto ha mostrato una netta flessione sull'anno 2020 per le note vicende relative alla pandemia.



Allo scopo di rendere completa la lettura dei dati di attività ospedaliera riportiamo nella successiva tabella, sempre attraverso il confronto tra 2021 e 2022, alcuni indicatori tradizionali di degenza suddivisi nelle due tipologie di ricovero:

- Diagnostica: riferita al codice 33
- Riabilitativa ospedaliera: riferita al codice 75.

Nella presentazione degli indicatori abbiamo tenuto separato il settore della riabilitazione ospedaliera dalle degenze ospedaliere diagnostiche, perché ovviamente le due finalità di ricovero divergono moltissimo tra loro per modalità di presa in carico

Nella tabella successiva abbiamo evidenziato:

Tra gli indicatori di un certo rilievo: la *degenza media* del RO a codice 33, che nel 2022 risulta leggermente in calo (-0,06 rispetto al 2021) che negli ultimi anni ha caratterizzato il miglioramento dell'efficienza del ricovero ospedaliero nella nostra struttura.

Si evidenzia un aumento del tasso di occupazione con un più il 4,25 % rispetto all'anno 2021.

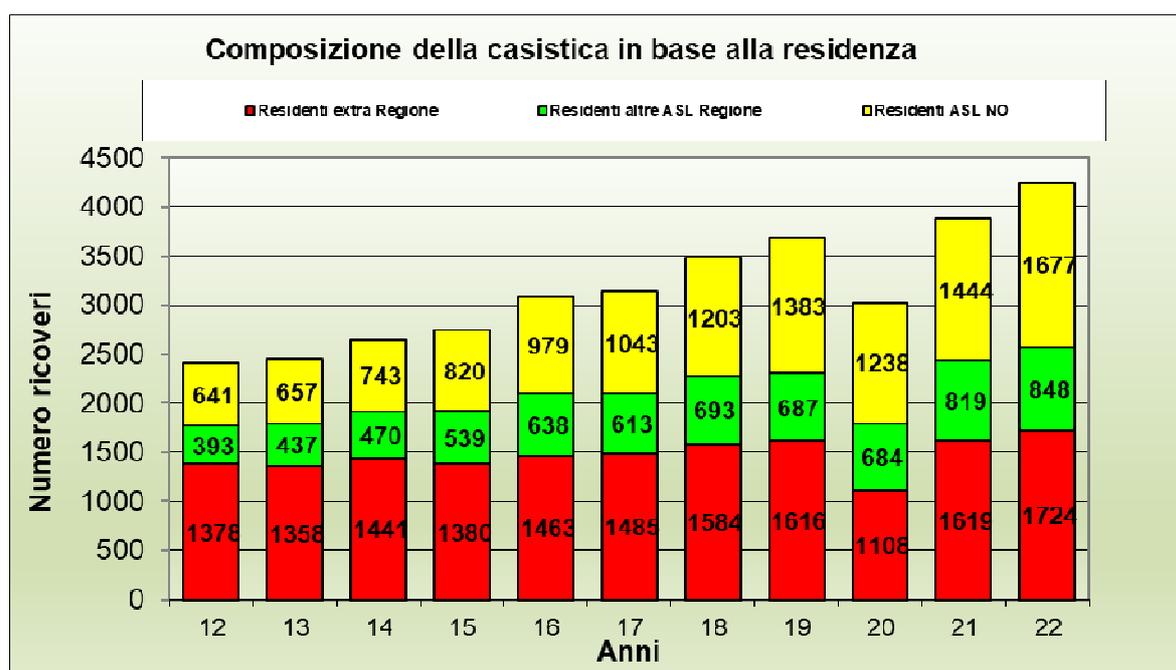
Diagnostica cod 33			
	2021	2022	Delta 2022 vs. 2021
Regime Ordinario cod. 33			
Indice di rotazione	30,63	32,25	1,63
Degenza media	6,38	6,32	-0,06
Tasso di Occupazione	53,52	57,77	4,25
Intervallo di Turn Over	5,54	5,00	-0,54
Regime Day Hospital cod. 33			
Giornate di presenza in DH	13396	15676	2280
Presenza medie dimessi	5,64	5,88	0,25
Riabilitazione ospedaliera cod.75			
	2021	2022	Delta 2022 vs. 2021
Regime Ordinario cod. 75			
Indice di rotazione	22,86	27,43	4,57
Degenza media	12,6	14,0	1,41
Giornate di degenza RO	2014	2236	222
Tasso di Occupazione	78,83	87,51	8,68
Intervallo di Turn Over	3,38	1,66	-1,72
Regime Day Hospital cod. 75			
Giornate di presenza in DH	3854	3611	-243
Presenza medie dimessi	10,60	10,0	-0,57

<u>UU.OO. Neurologiche cod. 33</u>	<u>UU.OO. Psichiatriche</u>
2.391 (n. giornate prodotte nell'anno sui 15 P.L.)	4.357 (n giornate prodotte nell'anno sui 17 P.L.)
Tasso di occupazione 43,67%	Tasso di occupazione 70,22%
5.475 (n. giornate disponibili 365 X 15 P.L.)	6.205 (n. giornate disponibili 365 X 17 P.L.)

B) BACINO D'UTENZA

PROVENIENZA DEI PAZIENTI DEGENTI PRESSO L'IRCCS STELLA MARIS BACINO D'UTENZA OSPEDALIERO

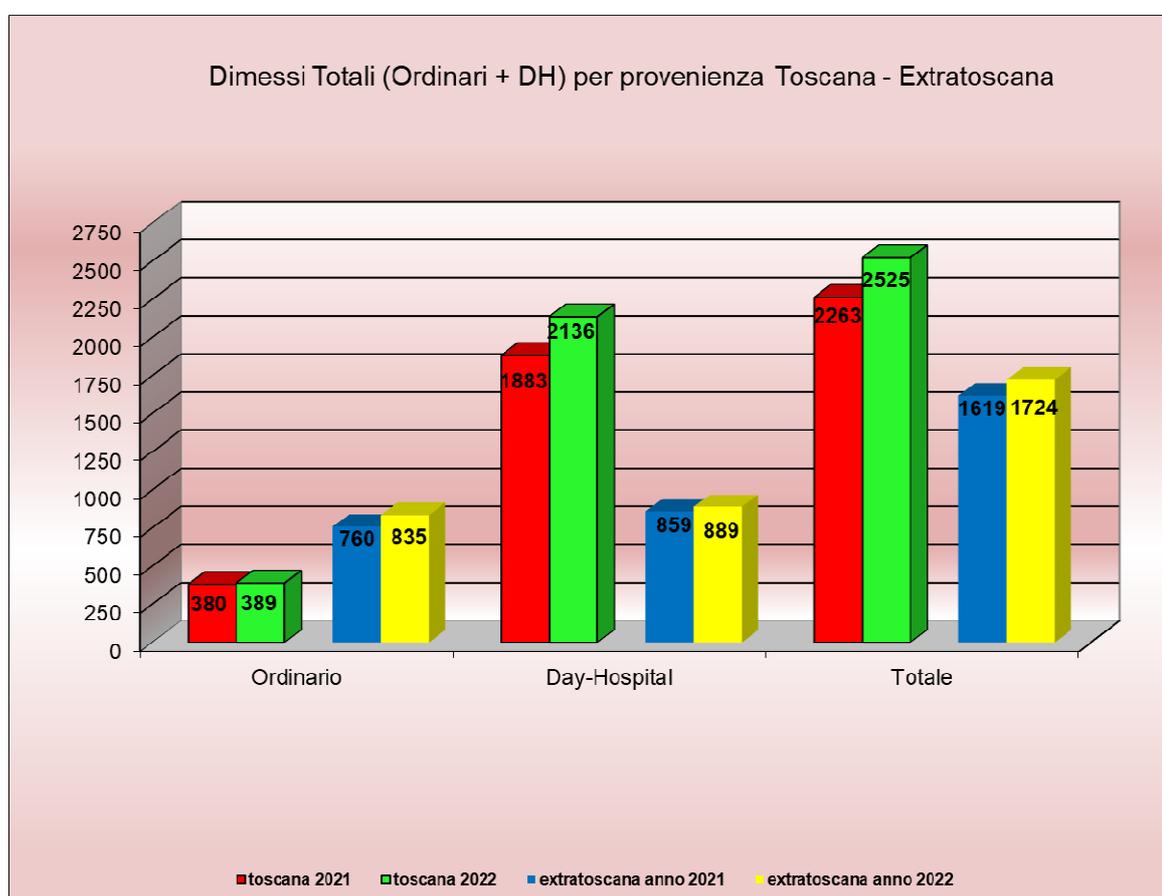
In questo grafico rappresentiamo l'andamento negli anni delle provenienze complessive di tutta l'utenza ospedaliera, secondo una ripartizione effettuata in base alla residenza: se extra Toscana, o Toscana ed in quest'ultimo caso se proveniente dalla ASL Nord Occidentale (Ex Area Vasta) della quale comunque la Stella Maris è rimasta capofila per la Neuropsichiatria Infantile, oppure proveniente dalle altre ASL della stessa Regione Toscana.



Nel 2022 i pazienti extra regione Toscana costituiscono il 40,6% del totale delle degenze.

UU.OO. Ospedaliere Provenienza anno 2022		
provenienza extratoscana	1724	40,6%
provenienza Regione Toscana	2525	59,43%
totale ricoveri	4249	100%

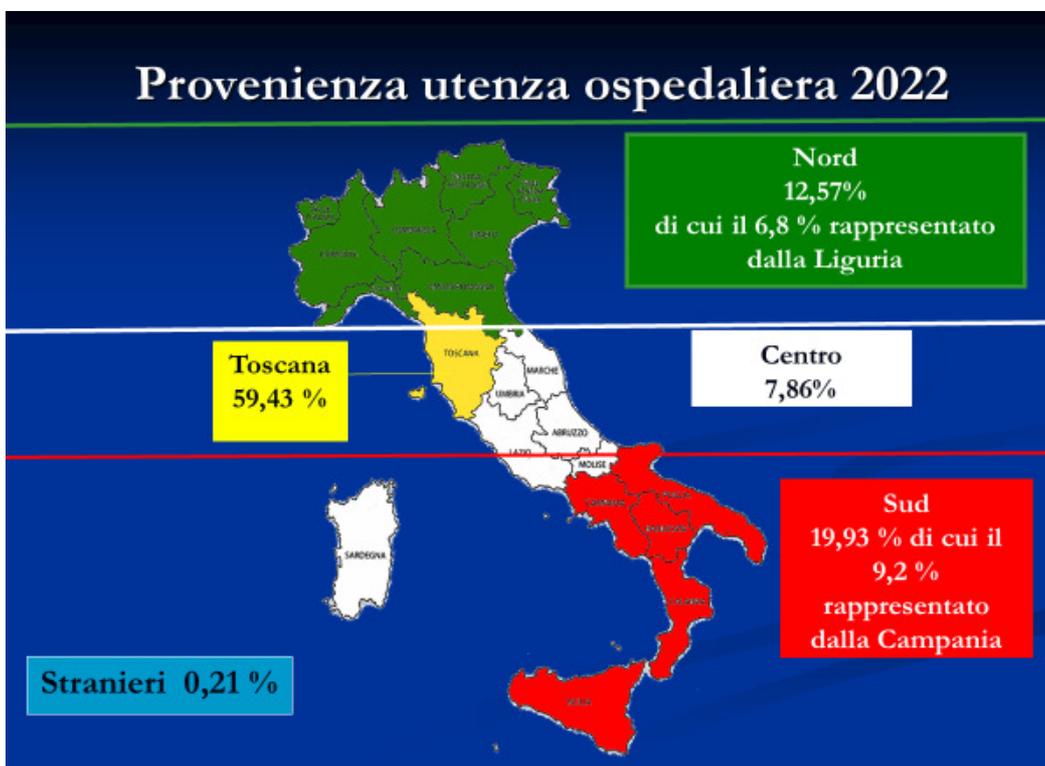
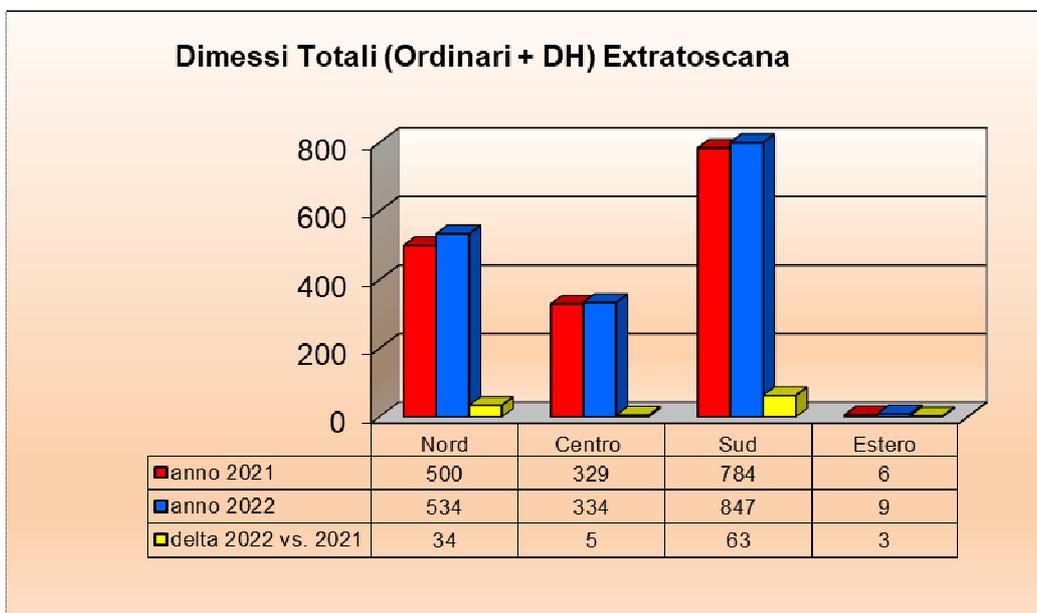
Di seguito troviamo il confronto della provenienza dei degenti nelle varie tipologie di regime (RO e DH), confrontando i Toscani e gli Extratoscani e rapportando per ciascun gruppo il 2021 col 2022.



Infine riportiamo le aree geografiche di provenienza dei pazienti residenti fuori regione. La ripartizione dei ricoveri è stata effettuata in base alla regione di provenienza considerando tre aree geografiche nazionali: Nord, Centro (che comprende la Sardegna ma esclude la Toscana) e Sud (che comprende la Sicilia).

Nell'anno 2022 abbiamo avuto 9 pazienti provenienti dall'estero.

Per la provenienza extra toscana permane una certa preponderanza per i pazienti provenienti dal Sud Italia, come d'altro canto è sempre accaduto anche negli anni precedenti.



Di seguito la tabella mostra la ripartizione percentuale delle sole provenienze extra regionali calcolate percentualmente

UU.OO. Ospedaliere Provenienza Extratoscana anno 2022				
Nord	Centro	Sud	Estero	tot.le
30,97%	19,37%	49,13%	0,52%	100%
534	334	847	9	1724

Nella tabella sottostante si riporta l'afferenza regionale o meno in base al reparto di degenza.

Anno 2022		
Reparto di ingresso	Toscana	Extra-Toscana
ADHD	842	83
Al di là delle nuvole (DH)	114	9
Disturbi condotta	170	133
Disturbi psicotici e della personalità	1	8
Disturbi umore	223	242
Reparto di ingresso	Toscana	Extra-Toscana
Dist. Comp. Alimentare	29	1
DPS	136	336
Reparto di ingresso	Toscana	Extra-Toscana
Emergenza psichiatrica	232	3
Reparto di ingresso	Toscana	Extra-Toscana
<i>UO1 Area A cod. 33 (Reparto sostituito in seguito alla NPA)</i>	107	115
<i>UO1 Area C cod. 33 (Reparto sostituito in seguito alla NPA)</i>	78	36
UO1 Neuropsicologia cod. 33	75	30
UO1 Prima Infanzia cod. 33	58	45
UO1 Centro PCI cod. 75	14	17
Reparto di ingresso	Toscana	Extra-Toscana
<i>UO1 Area A cod. 75 (Reparto sostituito in seguito alla NPA)</i>	72	109
<i>UO1 Area C cod. 75 (Reparto sostituito in seguito alla NPA)</i>	35	47
UO1 UDGE cod. 75	26	61
Reparto di ingresso	Toscana	Extra-Toscana
<i>UO1 Area B cod. 33 (Reparto sostituito in seguito alla NPA)</i>	114	188
<i>UO1 Area D cod. 33 (Reparto sostituito in seguito alla NPA)</i>	31	57
UOD Disturbi Neurologici e Malattie Rare (N-RD) 33	59	142
<i>UO1 Area B cod. 75 (Reparto sostituito in seguito alla NPA)</i>	87	46
UOD Disturbi Neurologici e Malattie Rare (N-RD) 75	22	16

La tabella sottostante mostra la provenienza dei pazienti extraregionali, suddivisi per regione di residenza.

Anno 2022		
Regione	N° Ricoveri	% provenienza
Toscana	2525	59,43%
Campania	390	9,18%
Liguria	287	6,75%
Calabria	191	4,50%
Sicilia	177	4,17%
Umbria	103	2,42%
Emilia Romagna	97	2,28%
Puglia	75	1,77%
Lazio	65	1,53%
Marche	56	1,32%
Lombardia	54	1,27%
Abruzzo	53	1,25%
Piemonte	49	1,15%
Sardegna	30	0,71%
Molise	27	0,64%
Veneto	23	0,54%
Basilicata	14	0,33%
Friuli Venezia Giulia	8	0,19%
P. A. Bolzano	7	0,16%
P. A. Trento	7	0,16%
Valle D'Aosta	2	0,05%
Esteri	9	0,21%



C) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

ATTIVITÀ AMBULATORIALI IN AMBITO OSPEDALIERO

In questo paragrafo presentiamo i dati dell'attività ambulatoriale suddividendo le prestazioni in raggruppamenti omogenei in base alla patologia prevalente che ha indotto la consultazione ed in base alle caratteristiche della prestazione erogata, abbiamo così: *Area dei disturbi neurologici, Area dei disturbi psichiatrici, Al di là delle nuvole, Cerco Asilo e tutti i "pacchetti Ambulatoriali"* al momento attivi.

Prestazioni ambulatoriali suddivise per servizio di erogazione									
	Anno 2020			Anno 2021			Anno 2022		
	Regione Toscana	Extra Regione	Totale	Regione Toscana	Extra Regione	Totale	Regione Toscana	Extra Regione	Totale
Prestazioni cliniche									
Area disturbi Neurologici	1404	494	1898	1467	631	2098	1470	646	2116
Area disturbi Psichiatrici	478	162	640	504	215	719	499	214	713
Visite pacchetto Epilessia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Visite pacchetto Dist. Apprendimento	2724	68	2792	4285	304	4589	1449	136	1585
Visite pacchetti cod. 75	5125	642	5767	6401	907	7308	5745	824	6569
Visite pacchetto DPS	1122	1461	2583	1187	1982	3169	897	936	1833
Visite pacchetto DCA	755	68	823	849	62	911	130	18	148
Visite pacchetto ADO	64	21	85	132	21	153	96	2	98
Visite pacchetto 02HR	214	140	354	803	208	1011	379	121	500
Al di là delle nuvole	383	88	471	607	129	736	318	70	388
Cerco Asilo	1916	53	1969	3861	177	4038	2618	242	2860
Visite pacchetto "Cerco Asilo"	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totali prestazioni cliniche	14185	3197	17382	20096	4636	24732	13601	3209	16810
Prestazioni strumentali									
Funzioni visive	153	38	191	180	57	237	151	58	209
Risonanza Magnetica	603	153	756	748	266	1014	1157	455	1612
Elettrofisiopatologia	281	105	386	343	89	432	261	81	342
EEG pacchetto Epilessia	58	15	73	0	0	0	225	41	266
Funzioni visive pacchetto (cod. 75-V / VD)	52	16	68	0	0	0	0	4	4
Funzioni visive pacchetto neonati e lattanti (02HR)	0	0	0	9	0	9	0	0	0
Biopsie	16	11	27	25	4	29	7	6	13
Ecografie	219	10	229	221	8	229	253	5	258
Altro	0	12	12	20	2	22	2	1	3
Totali prestazioni strumentali	1382	360	1742	1546	426	1972	2056	651	2707
Prestazioni di laboratorio									
Medicina Molecolare e Malattie Neuromuscolari	7026	14069	21095	7267	13918	21185	7098	14932	22030
Neurochimica	99	30	129	208	46	254	206	27	233
Esami ematochimici (tamponi e sierologici covid)	387	17	404	892	87	979	61	15	76
Totali prestazioni laboratorio	7512	14116	21628	8367	14051	22418	7365	14974	22339
Totale prestazioni complessive	23079	17673	40752	30009	19113	49122	23022	18834	41856

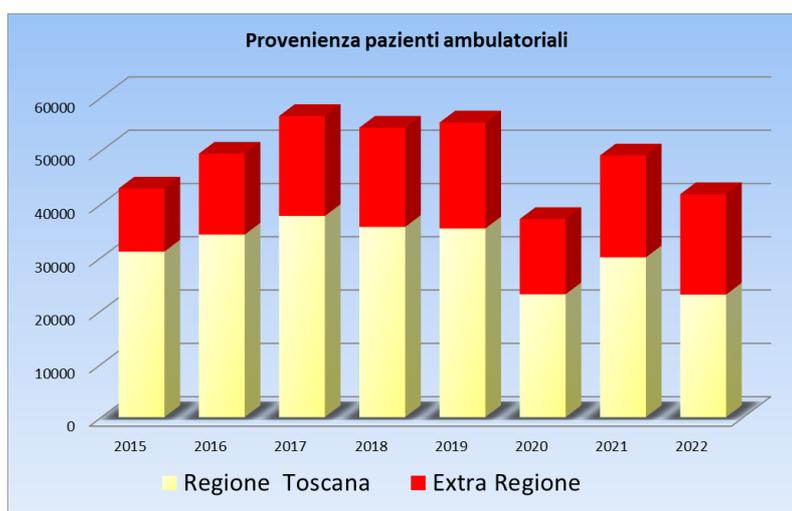
L'analisi del dato ambulatoriale, valutato in maniera disaggregata così come proposto dalla tabella precedente, evidenzia una flessione dell'attività rispetto all'anno 2021, rappresentata principalmente da una diminuzione delle prestazioni cliniche rispetto all'anno precedente (- 7922), anche le prestazioni delle attività laboratoristiche di Medicina Molecolare e Neuromuscolare subiscono una lieve flessione (- 79).

Nella parte inferiore della precedente tabella sono riportate tutte le *prestazioni ambulatoriali di tipo strumentale* (ad esempio esami di risonanza magnetica, elettroencefalogramma, valutazione delle funzioni visive), che risultano nettamente in crescita rispetto all'anno 2021 (+ 735).

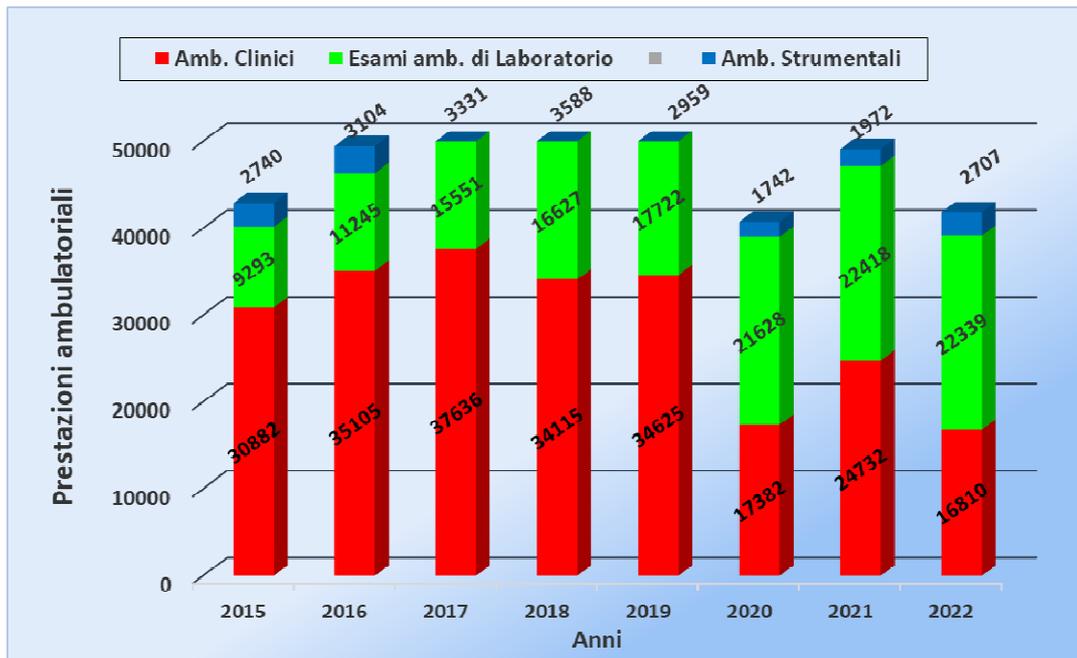
Il confronto tra l'attività ambulatoriale complessiva del 2022 verso il 2021 continua ad evidenziare un certo calo (-7266 prestazioni) pari a -14,8%;

Precisiamo che nel conteggio degli ambulatori di RM non sono compresi quelli effettuati per pazienti adulti in virtù della convenzione con L'ASL NO (in questo particolare ambito nel 2022 abbiamo effettuato 604 RM, questi esami non si ritrovano nella tabella dove sono presenti solo le prestazioni riferiti a pazienti in età evolutiva).

Provenienza pazienti ambulatoriali					
	Regione Toscana	% provenienza Regione Toscana	Extra Regione	% provenienza extra Regionale	Totale
2015	31.098,00	72%	11.817,00	28%	42.915,00
2016	34.271,00	69%	15.183,00	31%	49.454,00
2017	37.780,00	67%	18.738,00	33%	56.518,00
2018	35.719,00	66%	18.611,00	34%	54.330,00
2019	35.434,00	64%	19.872,00	36%	55.306,00
2020	23.079,00	57%	17.673,00	43%	40.752,00
2021	30.009,00	61%	19.113,00	39%	49.122,00
2022	23.022,00	55%	18.834,00	45%	41.856,00
Delta 2022 su 2015	-8.076,00		7.017,00		-1.059,00
Delta % 2022 su 2015	-26%		59%		-2%

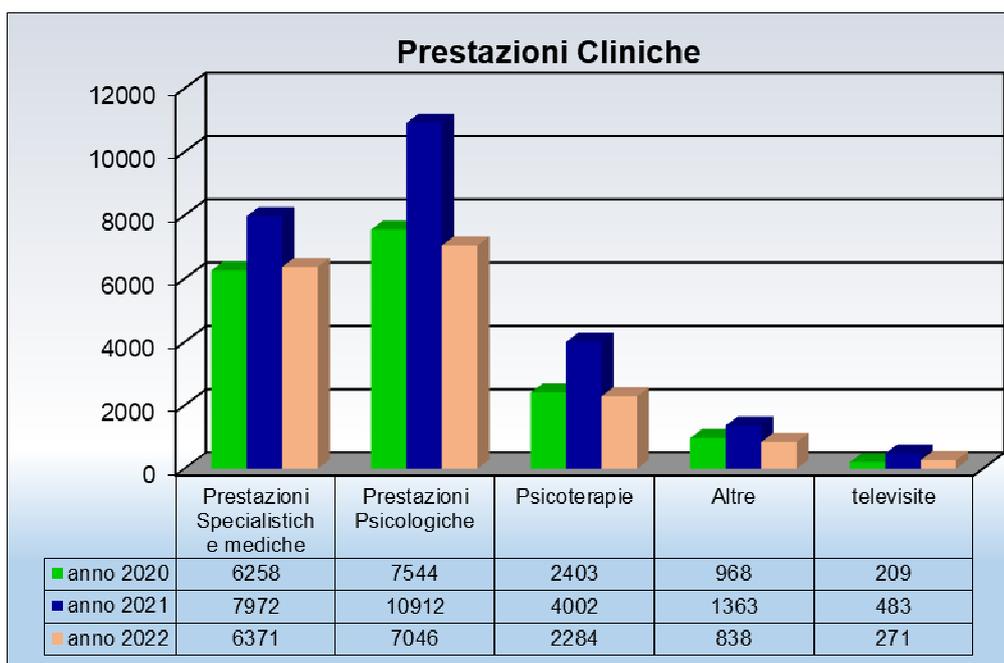


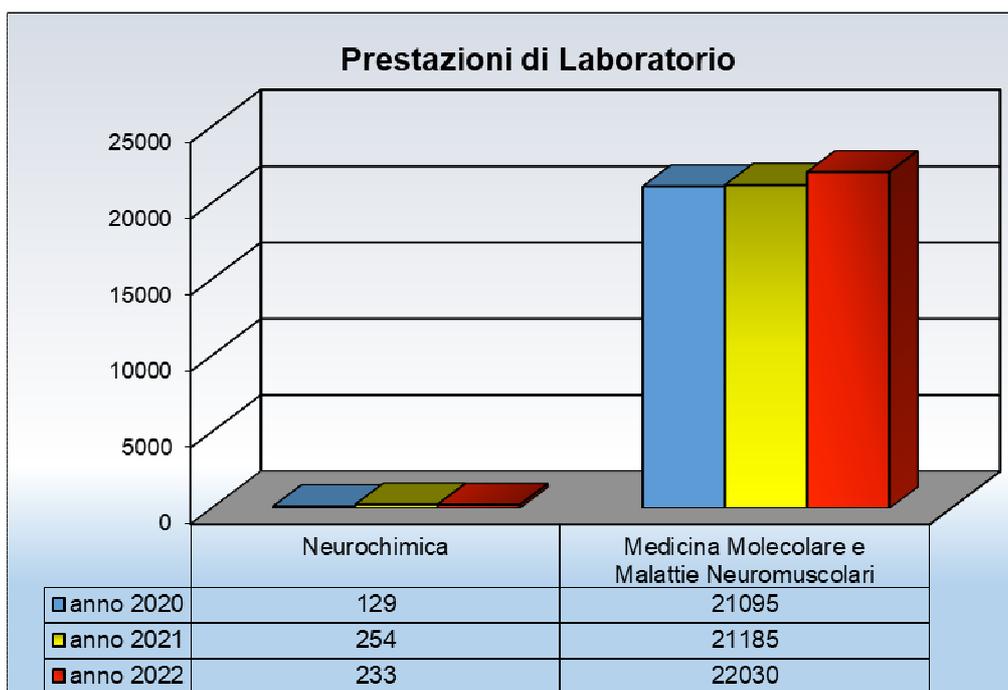
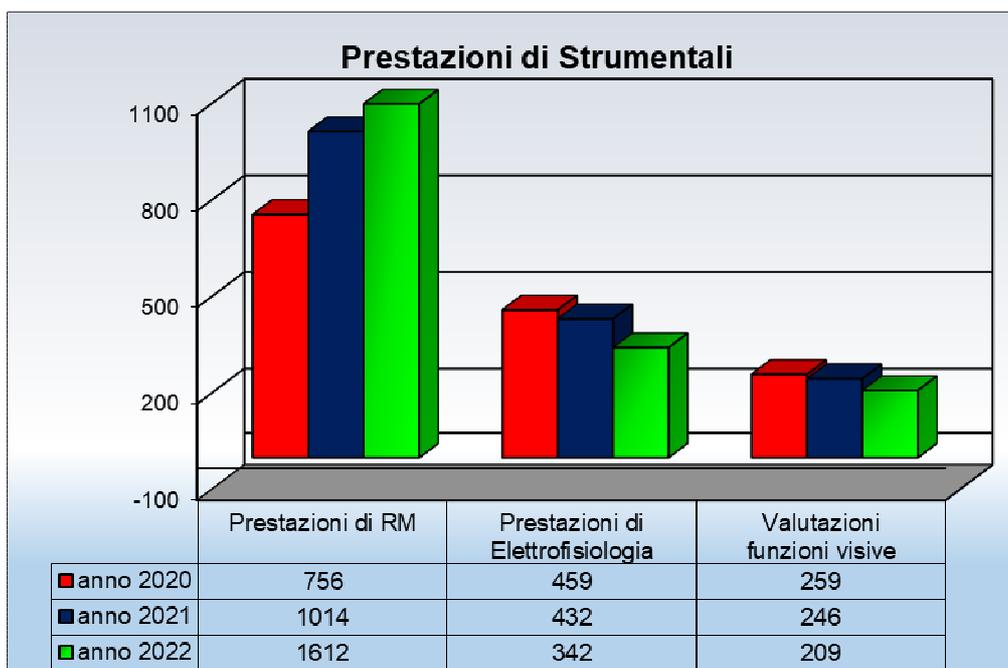
L'immagine dei successivi grafici mostra il trend dell'attività ambulatoriale erogata negli ultimi 8 anni (attività sia complessiva che nei vari ambiti).



Nei grafici successivi riportiamo la scomposizione delle attività ambulatoriali per tipologia di prestazione erogata, indipendentemente dal servizio che la eroga, fornendo anche in questo caso il confronto con il precedente anno di attività.

Si tratta di un modo differente di leggere il dato, aggregandolo non per tipologia di prestazione, ma per tipologia di professionista che la eroga, indipendentemente dal centro di costo al quale fa riferimento o al fatto di essere un'attività riferita a pacchetti organizzati. Con l'avvento della Pandemia, già dal 2020 la Regione Toscana ha introdotto, nell'ambito delle misure anti-contagio, la possibilità di effettuazione di visite in remoto che nel 2022 sono state 271.





L'analisi comparativa di queste tabelle con i dati differenziati per tipologia di prestazione non raggiunge ancora i livelli rappresentati negli anni precedenti la pandemia.

D) DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG)

I DRG come noto, sono raggruppamenti di categorie diagnostiche, che per la loro valutazione ospedaliera richiedono volumi di risorse omogenee. Il sistema DRG (Diagnosis Related Groups) fu sperimentato per la prima volta dal gruppo di R. Fetter presso l'università di Yale alla fine degli anni '60 ed introdotto dai primi anni '80 per il pagamento delle prestazioni sanitarie negli Stati Uniti da parte degli Istituti di Assicurazione. In Italia è attivo dal 1° gennaio 1995.

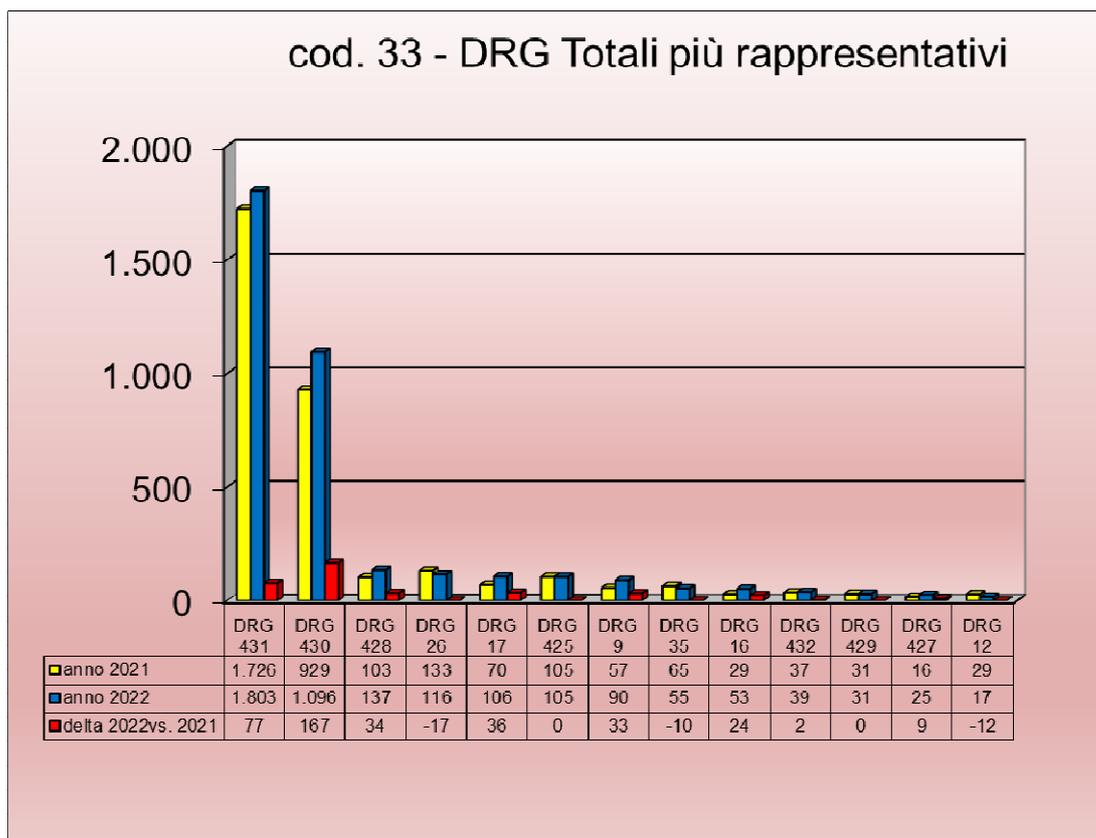
In ogni DRG possono confluire varie diagnosi cliniche, ma è vero anche che la stessa diagnosi di dimissione in presenza di condizioni differenti, può confluire in DRG diversi.

Questa suddivisione non è utile per studi statistici dell'attività clinica, ma soprattutto riguarda gli aspetti della gestione risorse.

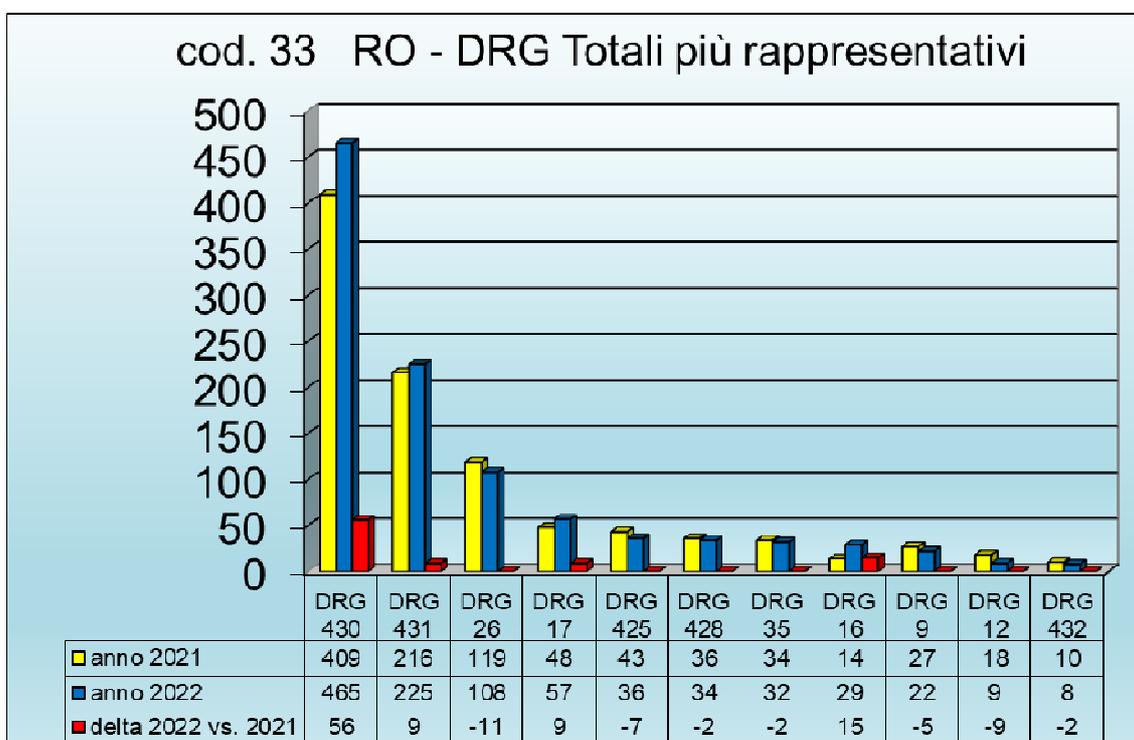
La lettura dei grafici contenuti in questo capitolo potrà essere facilitata dalla seguente sintetica legenda sulla denominazione dei principali DRG di interesse per l'area della Neuropsichiatria Infantile e più frequenti nella nostra Struttura:

Drg	Descrizione
9	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE
12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO
13	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE
16	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC
17	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC
26	CONVULSIONI E CEFALEA, ETÀ < 18 ANNI
34	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC
35	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC
425	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE
426	NEVROSI DEPRESSIVE
427	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE
428	DISTURBI DELLA PERSONALITÀ E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI
429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE
430	PSICOSI
431	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA
432	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI

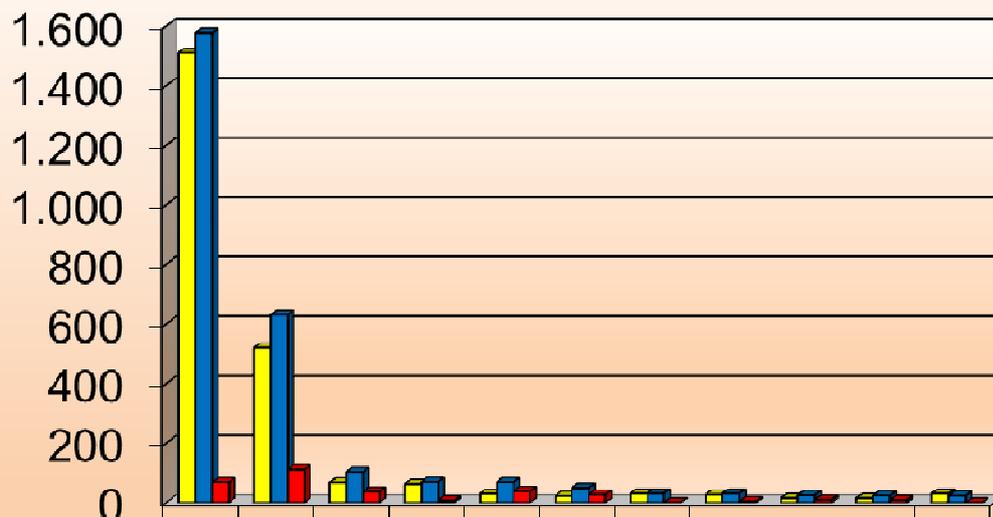
DRG Totali più rappresentati nel corso del 2022



DRG totali più rappresentati suddivisi per RO e DH



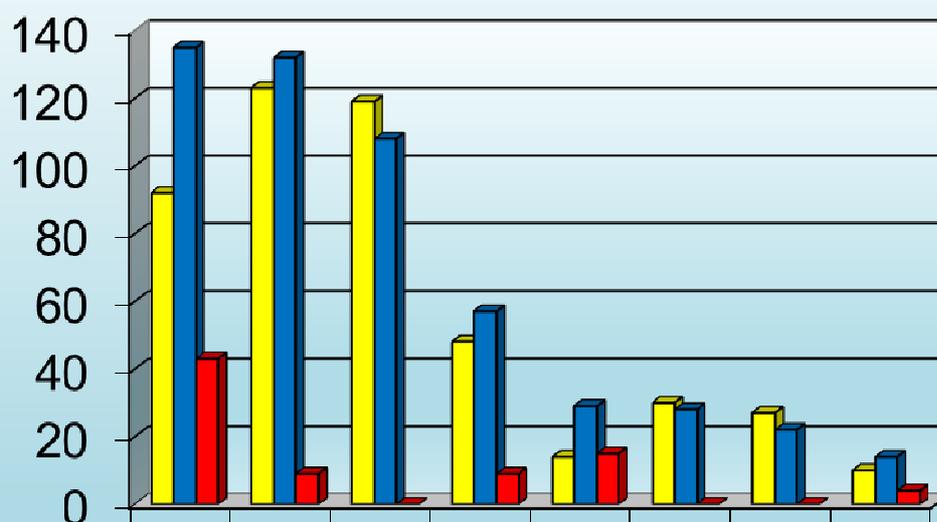
cod. 33 DH - DRG Totali più rappresentativi



	DRG 431	DRG 430	DRG 428	DRG 425	DRG 9	DRG 17	DRG 429	DRG 432	DRG 427	DRG 16	DRG 35
■ anno 2021	1.510	520	67	62	30	22	31	27	15	15	31
■ anno 2022	1.578	631	103	69	68	49	31	31	25	24	23
■ delta 2022 vs. 2021	68	111	36	7	38	27	0	4	10	9	-8

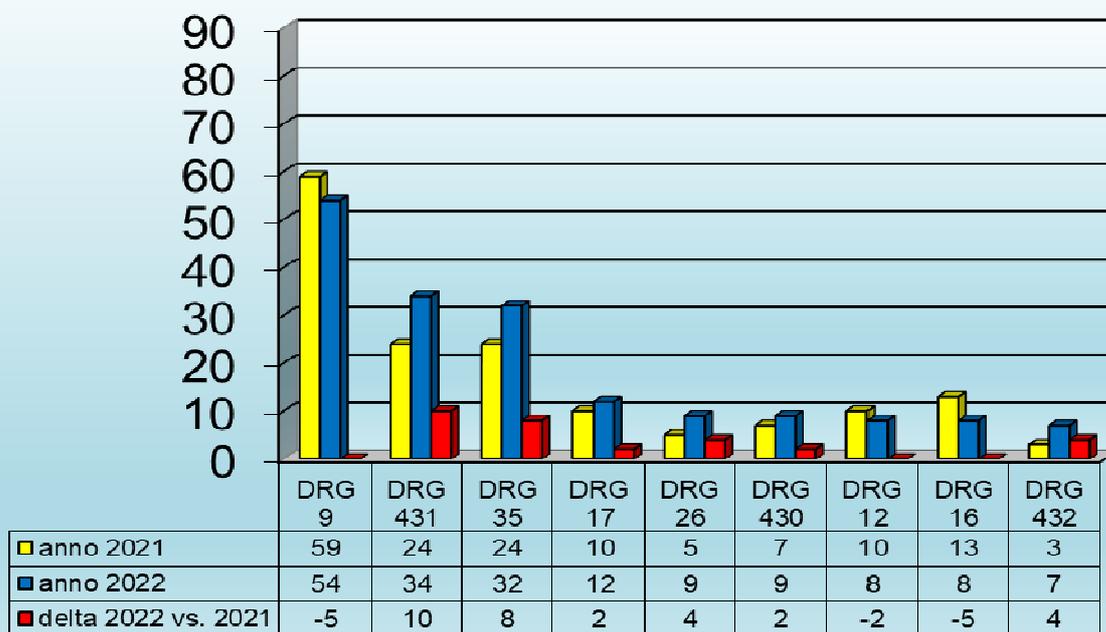
DRG più rappresentati per RO suddivisi per area di patologia prevalente

Area Disturbi Neurologici
RO - DRG più rappresentativi

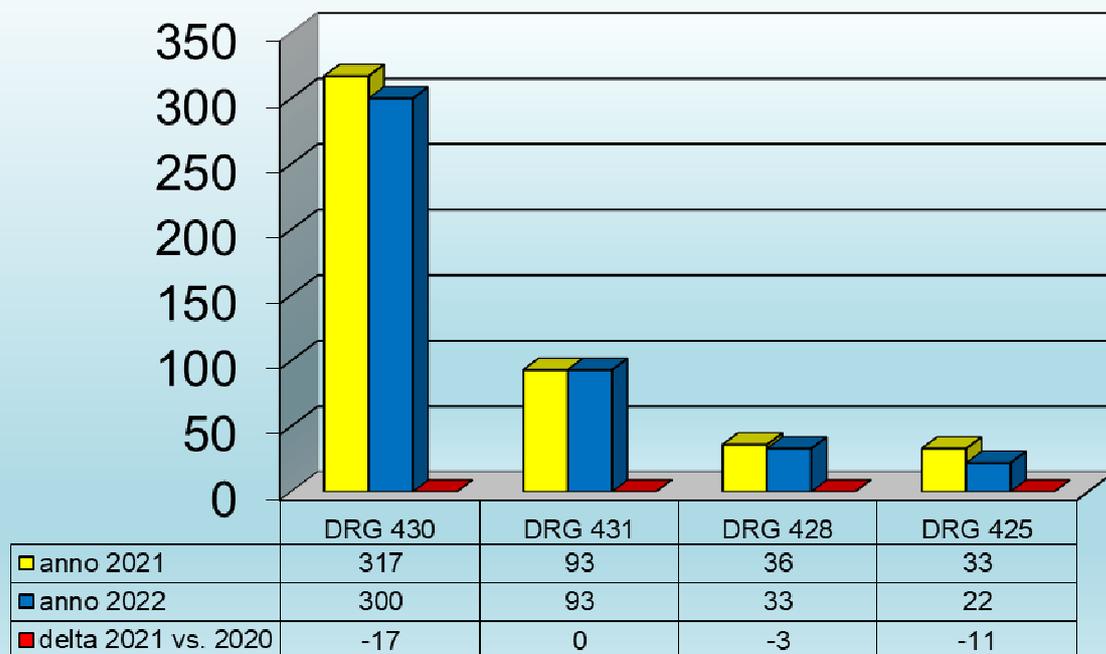


	DRG 430	DRG 431	DRG 26	DRG 17	DRG 16	DRG 35	DRG 9	DRG 425
■ anno 2021	92	123	119	48	14	30	27	10
■ anno 2022	135	132	108	57	29	28	22	14
■ delta 2022 vs. 2021	43	9	-11	9	15	-2	-5	4

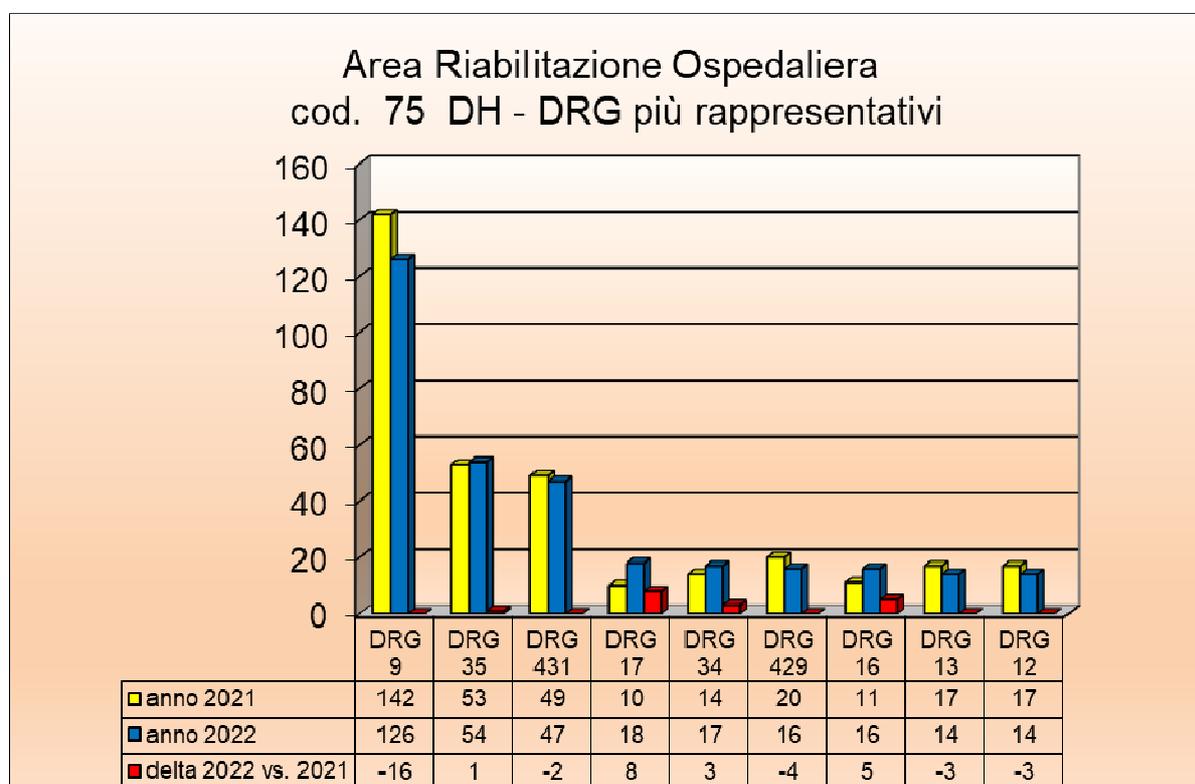
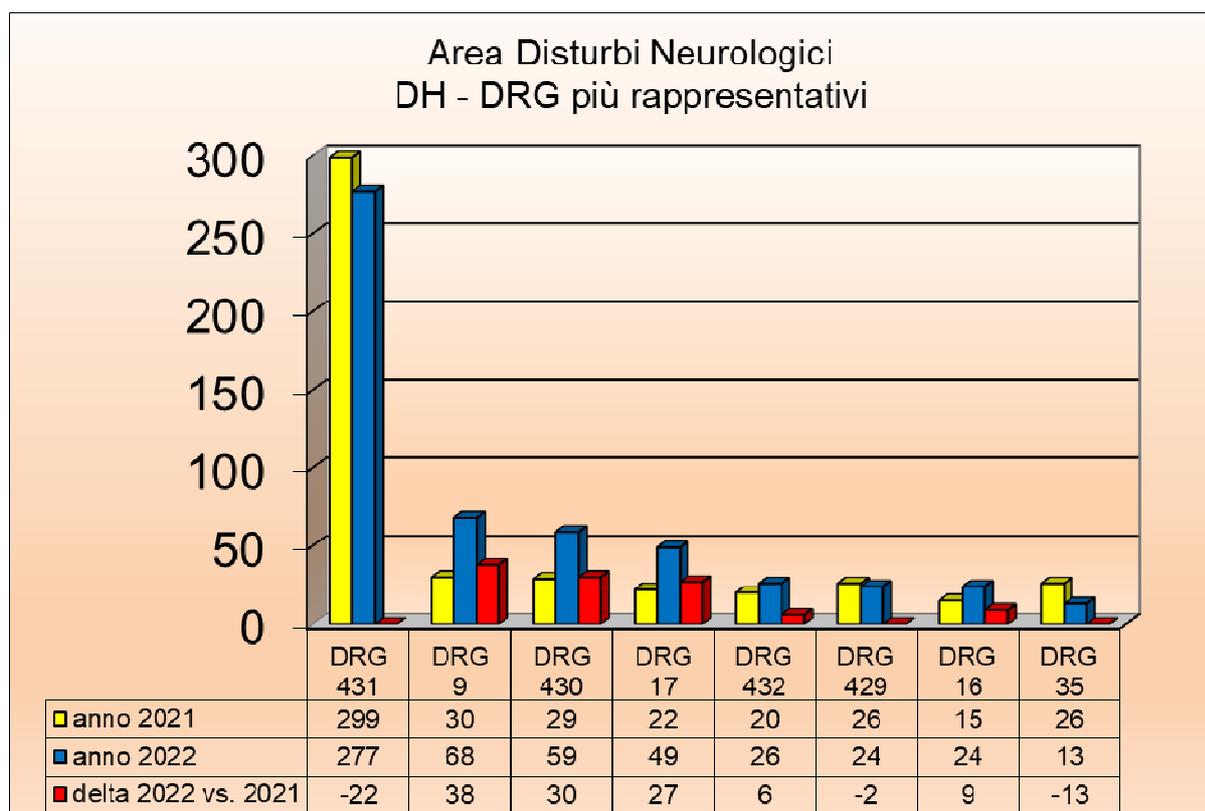
Area riabilitazione ospedaliera- cod. 75 RO - DRG più rappresentativi



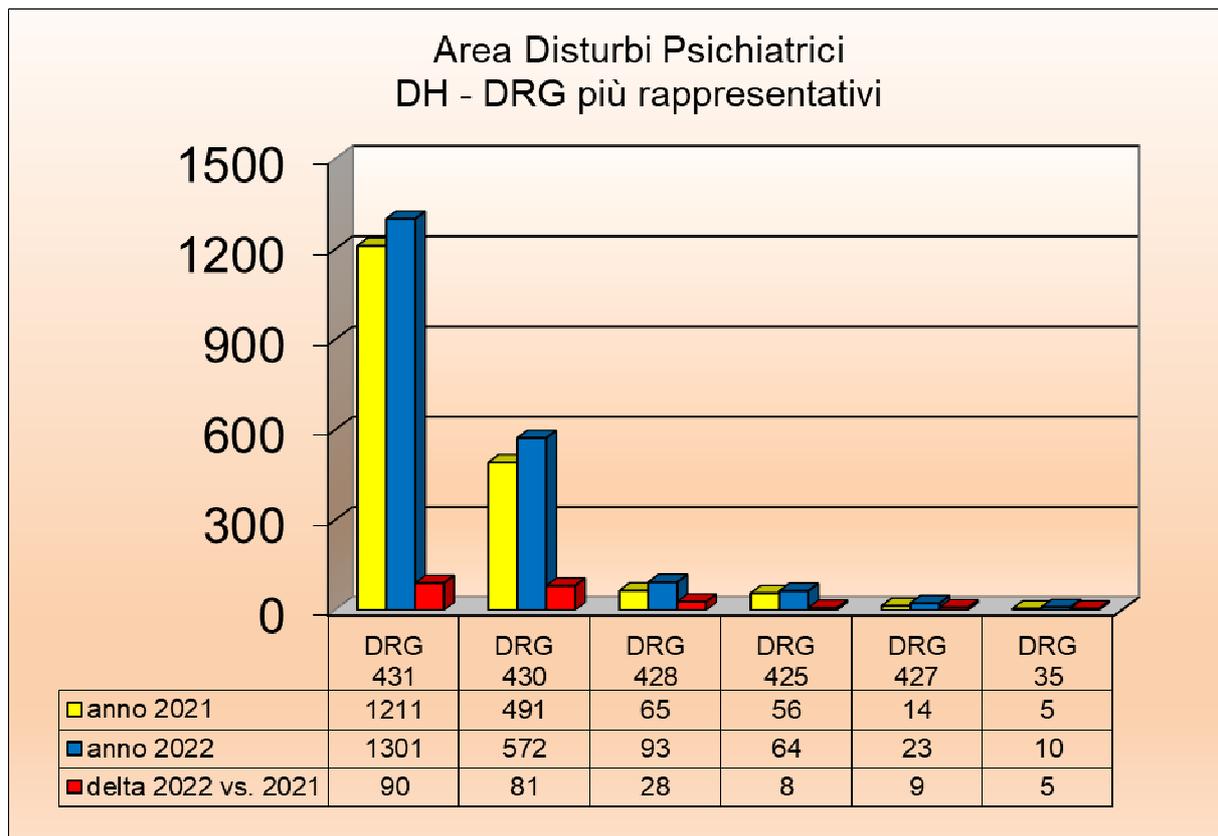
Area Disturbi Psichiatrici
RO - DRG più rappresentativi



DRG più rappresentati per DH, suddivisi per area di patologia prevalente



Si segnalano lievi fluttuazioni nell'andamento complessivo che non alterano in maniera significativa il profilo già tracciato negli anni precedenti. Si conferma su tutti la prevalenza dei DRG psichiatrici, tra tutti si ricorda in particolare il 430 ed il 431. Questi DRG psichiatrici in particolare il 430 (dove vengono classificati i quadri clinici di tipo psicotico), sono tra quelli che comportano un maggiore dispendio di risorse da parte della struttura, soprattutto quando questi pazienti si presentano nella forma più acuta dell'emergenza psichiatrica in età adolescenziale.



2) RETE AZIENDALE PER LA QUALITÀ E SICUREZZA

A) TEAM QUALITÀ E SICUREZZA

La rete aziendale per la qualità e sicurezza si avvale di uno staff di professionisti “Team Unico di Qualità e Sicurezza” costituito dai facilitatori del sistema di gestione per la qualità (SGQ) e del sistema di gestione del Rischio Clinico (GRC).

L’assetto delle funzioni di staff per la qualità e la sicurezza è identificata su diversi livelli:

- 1) Un livello operativo: costituito da tutti gli operatori dell’Azienda, che lavorano quotidianamente sui processi operativi sanitari, tecnici ed amministrativi, determinando con le proprie scelte e le proprie azioni la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate.
- 2) Un livello di diffusione, ascolto, facilitazione: costituito da operatori con funzione di “Facilitatore Qualità e Sicurezza”, distribuiti in ogni ambito dell’Azienda; professionisti che lavorano sui processi operativi sanitari, tecnici ed amministrativi ma che dedicano una quota del loro tempo (mediamente 2 ore settimanali) a promuovere tra i propri colleghi, in una logica tra pari, gli strumenti della qualità e della sicurezza.
- 3) Un livello direzionale: costituito da tutti coloro che hanno responsabilità di conduzione delle diverse articolazioni organizzative dell’Azienda e quindi di gestire risorse umane e tecniche e di garantire il raggiungimento di adeguati standard di qualità e sicurezza.
- 4) Un livello di gestione, coordinamento, supporto e auditing: costituito dagli operatori che dedicano a tempo pieno e/o significativo attività di gestione e coordinamento alla rete qualità e la sicurezza aziendale, anche attraverso l’utilizzo di Audit, M&M ecc.
- 5) Un livello strategico: qualità e sicurezza delle prestazioni e dei processi sono obiettivo fondamentale della pianificazione di livello strategico, la Direzione aziendale è direttamente coinvolta nella gestione del sistema.

Approfondimento su: livello di diffusione, ascolto e facilitazione

B) FACILITATORI QUALITÀ E SICUREZZA (FQS)

Il fulcro del sistema Qualità e Sicurezza si basa su una rete capillare di professionisti scelti nei diversi settori di appartenenza, denominati “facilitatori Qualità e Sicurezza” (FQS) aventi il compito di promuovere la cultura del miglioramento, di dare ascolto alle problematiche dei professionisti e di facilitare i processi di autovalutazione e l’attuazione di requisiti, pratiche e raccomandazioni per la qualità e sicurezza delle cure.

Per ogni ambito aziendale è prevista l’individuazione di almeno 1 facilitatore Qualità e Sicurezza, con l’obiettivo di coprire le professionalità e le competenze presenti nel settore. L’individuazione e la nomina dei facilitatori è realizzata da parte dei Direttori/ Responsabili delle strutture Organizzative.

I Facilitatori della Qualità e Sicurezza hanno il compito, ognuno per l’ambito di competenza, di promuovere tra i colleghi e collaboratori la cultura del miglioramento continuo, di facilitare il processo di diffusione delle pratiche di sicurezza e degli strumenti di indirizzo e di autovalutazione, di promuovere e supportare la piena attuazione del sistema di reporting and learning, di supportare il processo di attestazione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, di promuovere l’attuazione di miglioramento.

Il tempo assegnato ai facilitatori di qualità e sicurezza è di almeno 2 ore settimanali

3) POLITICHE PER LA QUALITA'

Gli standard di qualità, pubblicati ed aggiornati annualmente, rappresentano il risultato degli investimenti fatti nel corso degli anni dalla Fondazione per la gestione dei Servizi e delle relazioni con gli Utenti. Essi riguardano essenzialmente le caratteristiche e le modalità di erogazione dei servizi, privilegiando l'evidenziazione degli aspetti organizzativi specifici, più facilmente percepibili dall'Utente. In questo modo l'Utente può interagire con la Struttura per il soddisfacimento dei bisogni di salute in maniera consapevole ed informata.

L'Istituto IRCCS - Fondazione Stella Maris dal 2005 si è dotato di un Sistema di Gestione per la Qualità, secondo gli standard definiti dalla norma UNI EN ISO 9001 e sulla base di questi ha acquisito la Certificazione di qualità.

A tal proposito l'Azienda si è impegnata a verificare periodicamente l'attuazione dei propri standard operativi attraverso l'utilizzo di strumenti specifici:

- L'Indagine sulla Soddisfazione dell'utente con la somministrazione di un questionario dedicato
- L'Indagine sulla rilevazione del Clima interno con la somministrazione di un questionario specifico agli operatori
- La rilevazione del benessere organizzativo con la somministrazione ai dipendenti di un questionario "OCS Organizational Ceck"
- La Gestione dei reclami e segnalazioni ricevute attraverso l'analisi sui moduli di reclamo compilati dagli utenti
- La Gestione del rischio Clinico ai fini della Sicurezza del paziente
 - L'Analisi e valutazione dei rischi tramite:
 - a. La rilevazione per malattie e infortuni dei professionisti
 - b. La rilevazione delle infezioni ospedaliere e/o malattie trasmissibili
 - c. La valutazione dei processi/percorsi e attività tramite il metodo FMEA (*Failure Modes and Effects Analysis*), tecnica proattiva finalizzata a individuare le criticità di sistema ed i possibili ambiti di errore umano, al fine di porvi un tempestivo rimedio.
 - d. Il documento di valutazione dei rischi (DVR)
 - e. La Sorveglianza Sanitaria
- Il Controllo di qualità della Documentazione Sanitaria
- La Gestione dell'Archivio delle Cartelle Cliniche
- La gestione delle Non Conformità
- La Valutazione dei Fornitori esterni di Prestazioni e Servizi
- La valutazione periodica del personale attraverso l'elaborazione di progetti obiettivo per il Sistema Premiante
- Formazione/aggiornamento del personale attraverso l'elaborazione di un piano di formazione formulato sulla base di una ricognizione sistematica dei fabbisogni formativi dei professionisti che operano nelle diverse articolazioni organizzative della Fondazione.

L'analisi delle valutazioni sopra citate è pubblicata all'interno di questo report.

(A) Gestione Rischio Clinico (GRC) - Risk Management 2022

La GRC comprende attività finalizzate a garantire la sicurezza del paziente e delle cure in linea con la legge n. 24 dell'8-03-2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". La Fondazione Stella Maris nel 2007 (delibera del C.d.A. n° 34 del 14 aprile 2007) ha introdotto il "Sistema di Gestione del Rischio Clinico (SGRC)". Nel 2018 è stato costituito il Team QUALITA' E SICUREZZA (delibera del Dir. Generale n. 485/2017). Nel 2019 la GRC ha dato particolare attenzione all'individuazione e analisi di criticità nei processi assistenziali attraverso metodologie proattive utilizzando la tecnica FMEA formando il Personale. Il SGRC ha il compito di allertare l'attenzione su temi della sicurezza dei pazienti e delle cure diffondendo la cultura della sicurezza, considerando l'errore un difetto di sistema, promuovendo la comunicazione interna ed esterna, ponendo attenzione al clima interno ed alla sicurezza degli operatori. Basilare è l'uso degli strumenti propri della GRC (individuazione, analisi e monitoraggio attraverso Equipe, Audit ed M&M anche interaziendali, procedure condivise, Pratiche per la sicurezza, Racc.Ministeriali). Il SGRC si avvale dal punto di vista organizzativo del Clinical Risk Manager (dr.ssa Angela Cosenza), del Gruppo di lavoro aziendale (un Facilitatore per ogni Presidio), del Comitato per la sicurezza e di un programma condiviso. **Nel 2022** il sistema GRC ha dato attenzione, oltre che al rischio di contagio da Covid 19 proseguendo il lavoro iniziato nel 2020 e proseguito nel 2021, all'importanza della comunicazione e dell'Handover interno e con Servizi esterni, alla prevenzione e gestione dell'aggressività, affrontando anche il problema della Contenzione, e alla sicurezza ambientale. Sono stati applicati gli strumenti propri della GRC (segnalazioni, Audit, M&M anche interaziendali, SAP, giri per sicurezza/sopralluoghi, equipe), sono state applicate Pratiche per la sicurezza e Racc. Ministeriali, è stata data attenzione alla sicurezza degli operatori.

Attività GRC Dipartimento di Calambrone - Dip. Clinico e IRC nel 2022

Alcune problematiche evidenziate dalle segnalazioni (28 nel Dip. Clinico e 2 all'IRC) relative a difficoltà di comunicazione-Handover, gestione dell'aggressività verso operatore, sicurezza ambientale (rischi caduta, fuga e suicidio) sono state analizzate con **4 Audit** nel Dip. Clinico, **M&M (6** accreditati ECM nel Dipartimento Clinico e **8** accreditati ECM all'IRC). Per la prevenzione delle cadute e la sicurezza ambientale sono stati fatti **1 giro SAP e 3 giri per la sicurezza /sopralluogo** nel Dip. Clinico e **1 giro sicurezza/sopralluogo** all'IRC. Assicurata la **Formazione** in tema di sicurezza del paziente e delle cure (tra cui utilizzo del SiGRC), **revisionate alcune Pratiche per la Sicurezza.**

Attività GRC Presidio Marina di Pisa-IRM, RSD nel 2022

La GRC ha ricevuto **89 segnalazioni** di criticità relative soprattutto all'aggressività verso operatore, alle cadute, alla sicurezza ambientale, al rischio contagio Covid 19, in parte analizzate con **6 Audit** e **13 M&M** di cui **11** accreditati, effettuato **corso per il Personale di "contenimento etico" con esperto nel settore.** Per la prevenzione delle cadute è stato fatto **1 giro SAP e 1 giro sicurezza/sopralluogo.** È stata assicurata la **Formazione** in tema di sicurezza del paziente e delle cure (tra cui utilizzo del SiGRC).

Attività GRC Presidio di San Miniato-Casa Verde, RSD, La Scala nel 2022

La GRC ha ricevuto **8 segnalazioni** di criticità tra cui quelle relative al rischio di contagio Covid 19, al rischio soffocamento e fuga in parte analizzate con **2 Audit** e **11 M&M** accreditati. E' stata assicurata la **Formazione** in tema di sicurezza (tra cui utilizzo del SiGRC).

FMEA: ANALISI DEI PROCESSI

Dal 2020 sono stati portati a termine alcuni progetti obiettivo per il sistema premiante che hanno applicato il Metodo FMEA su diversi dei principali processi/percorsi e attività presenti nelle strutture organizzative dell'IRCCS Fondazione Stella Maris

Il Metodo FMEA (Failure Modes and Effects Analysis) è una delle prime tecniche sistematiche per l'analisi degli errori, diffusamente utilizzata per garantire il livello ottimale atteso di qualità e di affidabilità all'interno del sistema esistente o in fase di realizzazione.

Questo metodo permette di:

- analizzare con sistematicità ogni possibile rischio/errore;
- identificare la probabilità di accadimento, le conseguenze (gravità) e il livello di "rilevabilità";
- studiare le cause per attivare azioni di miglioramento in ottica preventiva.
- individuare le priorità di intervento

Pertanto sono stati individuati alcuni processi e/o attività più rilevanti per l'applicazione di tale metodo, i professionisti attraverso incontri di gruppo, hanno elaborato l'analisi sui percorsi effettivi presenti nel proprio ambito lavorativo all'interno dei progetti obiettivo del sistema premiante, si portano di seguito la tipologia dei processi individuati per l'analisi

Per ogni percorso preso in esame è stato effettuato il seguente iter:

1. Selezione del percorso individuato
2. Analisi del percorso descrivendo ogni fase,
3. Evidenza ad ogni fase di tutte le possibilità di fallimento (failure modes),
4. Individuazione di ogni fase delle possibili cause e conseguenze.
5. Assegnazione a ciascuna modalità di fallimento di un punteggio in merito alla Frequenza (F) Gravità (G) e Identificabilità del fallimento (I) avvalendosi di tabelle specifiche
6. Calcolo dell'Indice di Priorità di Rischio (IPR)
7. Identificazione delle azioni correttive prioritarie da mettere in atto ai fini del piano di miglioramento in base al valore dell'Indice di Priorità di Rischio.

L'applicazione del metodo è stata effettuata su file di excel; l'analisi tramite il calcolo dell'indice di priorità di rischio (IPR) indicata in ogni fase ha permesso di individuare le azioni correttive da mettere in atto ed elaborare un vero e proprio piano di miglioramento.

Nella tabella successiva sono elencati i processi presi in esame con Metodo FMEA

Elenco dei processi a cui è stata applicato il Metodo FMEA	
1	Attività ambulatoriale, Prenotazione e Accettazione
2	Ricovero DH/RO dalla prenotazione all'accettazione (eccetto il RO urgente del reparto Emergenza Psichiatrica).
3	Rischio Suicidario nel reparto di Urgenza Psichiatrica
4	Ricovero diagnostico presso l'Unità Operativa 1 Neurologia dello Sviluppo
5	Valutazione Psicologica a paziente ricoverato presso l'Unità Operativa 1 Neurologia dello Sviluppo
6	Monitoraggio EEG a paziente ricoverato presso l'Unità Operativa 1 Neurologia dello Sviluppo/Epilessologia
7	Disturbi della Condotta Alimentare
8	Gestione della terapia enterale e parenterale per il paziente con disturbo della condotta alimentare, ricoverati in regime ordinario presso l'Unità Operativa 3 psichiatria dello Sviluppo, della struttura ospedaliera della SM
9	Gestione della terapia orale per il paziente ricoverati in regime ordinario presso la struttura ospedaliera della SM
10	Gestione dei farmaci, approvvigionamento per la struttura ospedaliera SM presso l'ESTAR
11	Gestione dei farmaci, approvvigionamento per la struttura ospedaliera SM presso la Farmacia terr.le
12	Risonanza a paziente ricoverato in regime ordinario presso la struttura ospedaliera della SM
13	Data Integrity
14	Indagine Genetica- X-fragile
15	Acquisto Reagenti per i laboratori Ultra-Specialistici interni. Piano di miglioramento del processo acquisto Reagenti
16	Richiesta Documentazione Clinica
17	Ricovero al Semi-Internato presso l'IRC
18	Contratto a personale che svolge attività libero professionale
19	Piano di miglioramento del processo acquisizione elettromedicali sulla ricerca
20	Attività formativa al personale dipendente
21	Ricovero nella struttura di Montalto
22	Ricovero nel Centro Diurno la Scala

A titolo rappresentativo si riporta di seguito

l'applicazione del Metodo FMEA su uno dei processi più rilevanti dell'attività svolta dalla struttura *“Rischio Suicidario nel reparto Urgenza Psichiatrica”*

Nella prima pagina è rappresentata la prima parte del percorso di ricovero e nella seconda pagina sono individuate le criticità distinte per ogni fase e le azioni correttive messe in atto.

Rischio Suicidiario nel reparto Urgenza Psichiatrica

N. fasi	Attività	ATTORI					Requisiti	Strumento
		Infermiere	Operatore Socio Sanitario	Medico Strutturato	Medico Specializzando	Educatore		
1	Arrivo del paziente in reparto, accoglienza infermieristica	[]					Procedura di ricovero	
2	Compilazione Diario Infermieristico	[]					Procedura di ricovero	Cartella Infermieristica
3	Assegnazione camera	[]	[]				Procedura di ricovero	
4	consegna Documenti Informativi		[]					Brochure ecc
5	Colloquio con i genitori(anmnesi)		[]	[]	[]		Procedura di ricovero	Cartella Clinica
	Colloquio con il paziente(anmnesi)			[]	[]		Procedura di ricovero	Cartella Clinica
6	Inserimento del minore nel gruppo					[]		
7	Somministrazione al paziente in presenza dei genitori della Scheda COSS (vengono fornite spiegazioni utili e accurate, non giudicanti, per non creare persecutorietà)	[]	[]				procedura Rischio suicidiario	Scheda COSS
8	Messa in atto della scheda COSS, (raccolta di tutto il materiale e custodia dello stesso secondo la procedura)		[]				procedura Rischio suicidiario	contenitori personali custoditi
9	vengono reintrodotti da parenti in visita al ricoverato, dagli stessi genitori per cambio assistenza o dagli stessi pazienti oggetti potenzialmente pericolosi							
10	Somministrazione al paziente in presenza dei genitori di una nuova scheda COSS	[]	[]				procedura Rischio suicidiario	Scheda COSS
11	Messa in atto della scheda COSS, (raccolta di tutto il materiale e custodia dello stesso secondo la procedura)		[]				procedura Rischio suicidiario	scheda COSS

ANALISI				IPOTESI DI PIANO DI MIGLIORAMENTO								
Descrizione del problema	Cause del problema	Possibili conseguenze	Frequenza(1-10)	Gravità (1-10)	Identificabilità (1-10)	Indice di rischio IPR	FASI CRITICHE	Descrizione dell'azione migliorativa	Risultati attesi	Responsabile	Tempistica	Verifica
non rilevati segni o eventi di rischio	Handover Incompleto o mancante	Non applicazione della Procedura prevenzione rischio suicidario e della scheda COSS	3	9	5	135		Formazione periodica su Handover e Prevenzione rischio suicidario	Attuazione tempestiva di azioni di prevenzione del rischio con riduzione del rischio	Responsabile del reparto e personale Urgenze Psichiatriche/ GRC		Firme M&M Scheda handover in cartella
Non rilevati evnti o segni di rischio	Anamnesi Incompleta	Non applicazione della Procedura prevenzione rischio suicidario e della scheda	2	9	5	90		Formazione periodica su Handover e Prevenzione rischio suicidario	Attuazione tempestiva di azioni di prevenzione del rischio con riduzione del rischio	Responsabile del reparto e personale Urgenze Psichiatriche/		Firme M&M
non viene applicata la scheda COSS, Non viene consegnato tutto il materiale potenzialmente pericoloso	disattenzione, Inconsapevolezza da parte del genitore	il paziente utilizza quel materiale per mettere in atto agiti autolesivi o suicidari	6	10	6	360	rischio grave	Fornire una copia della scheda COSS al genitore , coinvolgimento/formazione membri dell'equipe Urgenze Psichiatriche sulla maggior vigilanza rispetto all'eventuale introduzione di oggetti potenzialmente pericolosi dovuta all'alternarsi delle persone nell'assistenza al paziente, quindi genitore, parente, educatore dedicato e loro responsabilizzazione - Informare eventuale personale in sostituzione Modifica Procedura "prevenzione Rischio Suicidario" Formazione del Personale	Incremento possibilità di intercettare la presenza di oggetti potenzialmente pericolosi diminuendo l'incidenza potenziale di eventuali atti autolesivi più o meno gravi fino al rischio suicidario - Miglioramento del lavoro di equipe riguardo questo tipo di prevenzione -	Responsabile del reparto e personale Urgenze Psichiatriche/ GRC	medio termine	Firme M&M Annotazione sul Diario Applicazione Scheda COSS o awio Procedura conteggio schede COSS sul diario clinico Conteggio statistico delle schede COSS sul totale dei ricoveri.
il paziente o i suoi genitori non segnalano la presenza di oggetti potenzialmente pericolosi	disattenzione, inconsapevolezza	il paziente utilizza quel materiale per mettere in atto agiti autolesivi o suicidari	6	9	9	441	rischio grave non accettabile	Modifica della scheda COSS aggiungendo una voce che specifica che quello che vale al momento della somministrazione della scheda vale per tutta la durata della degenza ed informando gli accompagnatori che si alternano nell'assistenza al paziente. Periodico richiamo ai membri dell'equipe Urgenze Psichiatriche dell'importanza di mantenere alta la vigilanza rispetto all'eventuale introduzione di oggetti potenzialmente pericolosi dovuta all'alternarsi delle persone nell'assistenza al paziente, quindi genitore, parente, educatore dedicato, e loro responsabilizzazione - Informare eventuale personale in sostituzione	Incremento possibilità di intercettare la presenza di oggetti potenzialmente pericolosi diminuendo l'incidenza potenziale di eventuali atti autolesivi più o meno gravi fino al rischio suicidario - Miglioramento del lavoro di equipe riguardo questo tipo di prevenzione - Revisione Procedura "Prevenzione del rischio suicidario"	Responsabile del caso Responsabile del reparto e personale Urgenze Psichiatriche	medio termine	Annotazione sul Diario infermieristico Applicazione Scheda COSS. Interventi medico di guardia /medico responsabile per agiti autolesivi

C) ALCUNE ANALISI DI RISCHIO

C1) Analisi delle assenze per malattie ed infortuni

Questa tabella è stata elaborata grazie ai dati forniti dall'Ufficio Personale della Fondazione Stella Maris.

Le percentuali si riferiscono al numero totale delle giornate di assenza rispettivamente per malattie ed infortuni registrate nel corso del 2022 per la sede di Calambrone. Il dato è stato determinato calcolando il rapporto tra il numero complessivo di assenze per ciascuna tipologia (rispettivamente malattie ed infortuni) sommato per tutti i dipendenti di ogni dipartimento, dividendolo per il numero teorico complessivo delle giornate lavorative attese che per il 2022 è stato stabilito pari a 304 giornate per ogni dipendente, escludendo ferie e le festività come da calendario.

Giornate di assenze per malattie ed infortuni - % calcolata sulle giornate lavorative dell'anno 2022		
	Dipartimento Amministrativo	Dipartimento Calambrone
Malattie	8,43%	6,10%
Infortuni	0,14%	0,00%

Assenze per Malattie Confronto degli anni 2021 -2022 – % calcolata sulle giornate lavorative degli anni 2021 - 2022		
	Dipartimento Amministrativo	Dipartimento Calambrone
Malattie 2021	2,71%	3,23%
Malattie 2022	8,43%	6,10%

Rispetto al precedente anno si registra un certo aumento della percentuale di assenza per malattie, quantificata in + 5,72% per il Dipartimento Amministrativo e + 2,87 per il Dipartimento di Calambrone.

Nella valutazione per le assenze da infortuni non si registrano infortuni per il Dipartimento di Calambrone, mentre si registra un leggero aumento (+ 0,14%) degli infortuni per il dipartimento Amministrativo.

L'analisi dei dati degli infortuni è correlata con la gestione del rischio negli ambienti di lavoro anche in rapporto alla particolare tipologia di utenza presente.

Una riflessione su questi dati ed una attenta opera di prevenzione potrà aiutare in futuro nella gestione della prevenzione degli stessi infortuni.

Per le opportune deduzioni e provvedimenti, si rimanda alla valutazione della commissione istituita per la sicurezza degli ambienti di lavoro ed al RSPP.

Di seguito riportiamo la tabella nella quale è confrontabile rispettivamente la percentuale di assenze per infortuni confrontando i dati del 2021 con quelli del 2020.

Assenze per Infortuni Confronto degli anni 2021 -2022 – % calcolata sulle giornate lavorative degli anni 2021 - 2022		
	Dipartimento Amministrativo	Dipartimento Calambrone
Infortuni 2021	0,00%	0,46%
Infortuni 2022	0,14%	0,00%

C2) Analisi dell'andamento delle infezioni ospedaliere e /o malattie trasmissibili nelle strutture della Fondazione Stella Maris, sia ospedaliere che extra ospedaliere

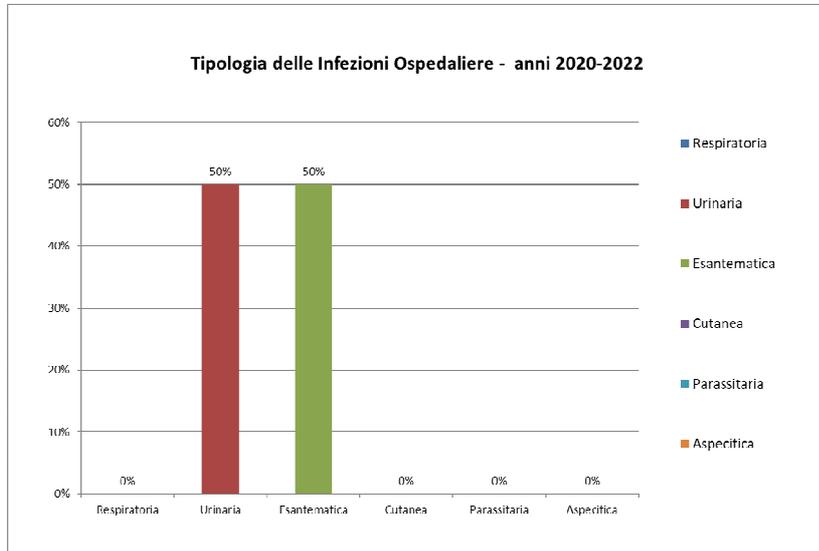
Come dalla procedura in uso "P64 Prevenzione e controllo infezioni ospedaliere e malattie trasmissibili", il medico comunica per scritto alla Direzione Sanitaria l'accertamento della condizione patologica, compilando il modulo interno dedicato R64-1 ed in caso di notifica obbligatoria per legge, compila anche la scheda di malattia infettiva in uso dalla regione Toscana per l'invio agli organismi di competenza (Servizio di Prevenzione ASL).

La Direzione Sanitaria provvede successivamente alla registrazione ed all'analisi dei dati. Nella tabella sono state raccolte le segnalazioni di malattie infettive e/o trasmissibili che sono state trasmesse dai reparti ospedalieri ed extra-ospedalieri di Calambrone della Fondazione Stella Maris nel triennio 2020 - 2022 suddivise per anno e per tipologia.

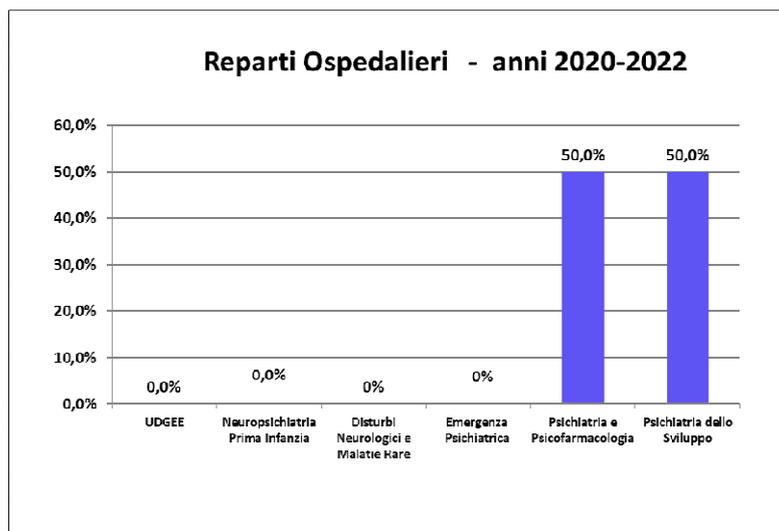
Tabella delle Infezioni Dipartimento Ospedaliero anni 2020- 2022							
Anno	Respiratoria	Urinaria	Esantematica	Cutanea	Parassitaria	Aspecifica ricorrente	Totale Casi
2020		1					1
2021			1				1
2022					0		0
totale triennio	0	1	1	0	0	0	2

Come risulta dalla tabella nell'anno 2022 non sono state segnalate infezioni.

Il grafico successivo riporta la frequenza della tipologia di malattie infettive e/o trasmissibili nel periodo 2020-2022



I grafici successivi riportano la percentuale delle malattie infettive e/o trasmissibili notificate dai reparti Ospedalieri della Fondazione Stella Maris, nel periodo 2020-2022



C3) Analisi dell'andamento delle infezioni da virus SARS-CoV-2. Screening sul personale operante presso il Presidio Ospedaliero ed Extraospedaliero della Fondazione Stella Maris di Calambrone.

Con l'insorgenza della pandemia da Coronavirus, la struttura ha messo in atto un sistema per la tenuta sotto controllo e la prevenzione dall'insorgenza di focolai rivolto all'utenza e agli operatori; che a vario titolo svolgono la loro attività all'interno della struttura

- Per quanto riguarda l'accesso dell'utenza, sia di ricovero che ambulatoriale, è stato istituito un meccanismo di triage all'ingresso (misurazione della temperatura corporea più intervista cartacea). Inoltre sono stati vietati gli accessi dei visitatori esterni e ridotto il numero degli accompagnatori dei pazienti durante la degenza. Tutti gli ingressi sono stati presidiati e l'accesso al ricovero sia RO che DH è stato consentito solo dopo la presentazione di referto di tampone negativo nelle 48/72 ore precedenti il ricovero sia del paziente che dell'accompagnatore.
- Anche per i professionisti che operano presso il Presidio di Calambrone dell'IRCCS è stato attivato il triage all'ingresso sia in formato elettronico che cartaceo e l'obbligo di contattare la Direzione Sanitaria in caso di sintomatologie dubbie.

Prosegue nel 2021 lo screening per la ricerca tramite tampone rino-faringeo di portatori del virus SARS-CoV-2 iniziato nel 2020; i tamponi sono stati effettuati periodicamente a tutti gli operatori. Sono stati inseriti nel campione da valutare non solo i dipendenti, ma anche i contrattisti, gli specializzandi, i tirocinanti, ecc.; i tamponi sono stati eseguiti con una periodicità prevista di circa 15-20 gg. con una numerosità del campione testato di oltre 300 persone

Nella maggior parte dei casi i positivi rilevati sono stati soggetti portatori sani fino al momento dello screening, qualcuno dei quali ha sviluppato sintomi lievi solo nei giorni successivi alla diagnosi di positività.

La tabella sottostante evidenzia nell'anno 2021 una positività pari 0,24% dei tamponi eseguiti. Questo dato risulta in diminuzione rispetto a quello dell'anno precedente, dove nei primi mesi di screening si era arrivati a registrare il 2,17% di tamponi positivi. La progressiva diminuzione ci mostra l'importanza di questa scelta aziendale, che ha consentito di individuare i portatori sani che com'è noto sono molto più a rischio di trasmettere l'infezione. Si evidenzia come il 99,8% degli operatori abbia effettuato le vaccinazioni anti-Covid previste dalle disposizioni vigenti.

Nella tabella sottostante si riportano i dati aggiornati al 31/12/2021

STELLA MARIS - TAMPONI COVID EFFETUATI DAL 01/01/2021 AL 31/12/2021				
	eseguiti	negativi	positivi	% positività
	2536	2530	6	0,24%
Totali	2536	2530	6	0,24%
numero del personale vaccinato aggiornato al 31/12/2021				
426 vaccinati su 427 operatori in servizio attivo a fine gennaio				
99,8 % operatori vaccinati al 31/12/2021 (1 solo operatore non vaccinato non in servizio)				

Nessun cluster è stato rilevato in questo periodo.

- Inoltre, oltre al triage all'ingresso, sono stati eseguiti tamponi antigenici rapidi a tutti i professionisti esterni che a vario titolo hanno avuto la necessità di accedere alla struttura.
- Sia all'ingresso che nei vari punti della struttura sono stati apposti cartelloni circa le indicazioni di comportamento da adottare all'interno della struttura, sia per personale di servizio che per visitatori ecc..
- La Direzione Sanitaria ha fornito le informazioni necessarie sui comportamenti da tenere anche tramite comunicazioni email.
- Sono stati rivisti gli orari di tutto il personale anche in base all'utilizzo dei locali di attività. In seguito all'introduzione della telemedicina da parte della Regione Toscana sono state effettuate anche visite in remoto.

Nel maggio 2020 è stato istituito un Protocollo di Sicurezza Anti Covid-19 per tutti i lavoratori della struttura di Calambrone, compreso personale terzo; tale documento è stato redatto ai sensi dell'art. 28 del DL81/2008 quale aggiornamento del documento di valutazione dei rischi. Il Protocollo definisce le misure adottate quale sintesi delle iniziative prese dalla Fondazione fin dall'inizio dell'evolversi del contagio la cui rigorosa applicazione ha permesso il mantenimento di un rischio accettabile per tutti i lavoratori e non. A tale proposito è stata istituito anche un Comitato di sorveglianza, costituito anche da rappresentanti di lavoratori, che tramite la compilazione di check-list dedicate ha collaborato alla verifica del rispetto della messa in atto delle misure adottate.

4) PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

A) INFORMAZIONE E ASCOLTO

Comunicazione Istituzionale a cura dello Staff della Comunicazione Sociale

Il Gruppo Comunicazione Sociale e Fundraising attivo presso la Fondazione Stella Maris, in accordo con la governance dell'ente, ha inserito tra le priorità della sua attività tre obiettivi specifici riguardanti di comunicazione istituzionale:

1. la realizzazione di un nuovo sito istituzionale (nuova piattaforma responsive in sostituzione di quella vecchio) che avesse come pubblico principale quello delle famiglie dei pazienti che, da tutte le regioni d'Italia, afferiscono alla Fondazione Stella Maris per la diagnosi, le cure, la riabilitazione e le ricerche scientifiche che li coinvolgono direttamente.
2. l'affiancamento di più canali social dove le famiglie dei pazienti potessero trovarsi, non solo in una comunità allargata con obiettivi e esperienze condivise, ma potessero interagire con gli amministratori per avere le informazioni necessarie a loro e ai loro figli. La scelta di Facebook è stata inevitabile, il pubblico di riferimento è presente soprattutto su questo social media.
3. l'aggiornamento del sito istituzionale e la gestione diretta e attiva del canale Facebook per consentire di tenere sempre aperti momenti di dialogo a distanza con le famiglie dei pazienti, dando loro le risposte che cercavano.

Comunicazione istituzionale come servizio al cittadino

La comunicazione istituzionale on-line, come tra l'altro prevista dalla Legge 150/2000 per le amministrazioni pubbliche, è l'attività che ha "l'obiettivo di gestire, sviluppare e migliorare le relazioni delle istituzioni con i loro cittadini, mediante modalità di interazione, opportunità di partecipazione ed accesso tipiche della comunicazione via web.

La comunicazione istituzionale on-line è parte integrante della comunicazione pubblica e rappresenta uno strumento strategico per il miglioramento della relazione tra amministrazione e cittadino grazie alle sue essenziali caratteristiche di velocità, connettività universale, bassi costi ed interattività. La comunicazione istituzionale on line permette alle istituzioni di dialogare con i cittadini e di rilevare facilmente i loro bisogni ed il loro gradimento dei servizi e delle informazioni diffuse, affiancandosi alle modalità più tradizionali di informazione e di erogazione dei servizi".

Attraverso la comunicazione istituzionale è possibile perseguire diverse azioni e finalità:

- informare i cittadini/utenti
- far conoscere l'ente e promuoverne i servizi
- attivare servizi di sportello unico, polifunzionale, virtuale.
- aprire nuovi spazi di partecipazione
- migliorare la trasparenza amministrativa
- promuovere processi di semplificazione e organizzazione
- attivare nuovi canali per il controllo della qualità dei servizi
- il marketing

Sebbene la Fondazione Stella Maris sia un ente privato del terzo settore, la comunicazione istituzionale on-line è un elemento essenziale dell'attività dell'Ufficio Comunicazione Sociale proprio per la sua valenza strategica e di dialogo/partecipazione delle famiglie dei pazienti ai processi aziendali. Una gestione che è stata possibile grazie alla forte interconnessione e alla collaborazione con il gruppo di lavoro della Direzione Sanitaria.

Un sito Istituzionale pensato per le famiglie dei pazienti

Sin dalla sua progettazione che ha seguito una "architettura a portale" il sito istituzionale è stato pensato per rispondere, in primis, ai cittadini/utenti e alle famiglie dei pazienti, facilitando - per quanto possibile - il loro accesso ai servizi.

Lo sviluppo del web infatti consente uno spiccato livello di interazione sito-utente. Si ricorda infatti che i siti web sono ormai diventati portali pubblici e sportelli virtuali, innovazioni tecnologiche che rendono più inclusiva la partecipazione dei cittadini alla vita di un ente come la Fondazione Stella Maris.

Già l'homepage del sito web www.fsm.unipi.it è organizzata per soddisfare immediatamente le richieste di informazione delle famiglie dei pazienti. Questo grazie alle "scorciatoie" che conducono l'utente ad avere immediatamente accesso alle modalità di prenotazione, le informazioni sul ricovero e come disdirlo e come ottenere referti e cartelle cliniche. Il sito è attivo dall'8 settembre 2019 e in questo periodo (breve) di tempo, può essere annoverato come lo strumento principe nella comunicazione con l'utenza. A confermarlo sono infatti le statistiche.

I dati. Dal 8 settembre 2019, giorno di "accensione" del sito istituzionale ad oggi (11 luglio 2022), sono state complessivamente 1.059.410 le pagine consultate in questo lasso di tempo. Ma quel che va sottolineato sono le 456.206 sessioni - ovvero le interazioni che le persone hanno avuto con il sito, che superano la mera visualizzazione di una pagina, ma significa un'azione più ampia e profonda - per un tempo considerato "elevatissimo per la fugacità del digitale", ovvero quasi 2 minuti per ogni utente.

Se il 2019 è stato l'anno dell'avvio e il 2020 è stato caratterizzato, da parte delle famiglie che si rivolgono a Fondazione Stella Maris, dalla scoperta delle nuove risorse web, il 2021 è certamente l'anno della stabilizzazione e della crescita. Se ci soffermiamo al periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021 possiamo notare alcuni importanti elementi. Oltre alla visualizzazione di 411.162 pagine, si assiste a un raddoppio degli utenti: ai 112.292 si aggiungono 111.287 nuovi utenti. Una vera e propria comunità che consulta il sito istituzionale a lungo (1 minuto e 56 di media) e per più pagine (2,30)

Ancora più interessanti sono i dati delle pagine visitate. In cima a questa speciale classifica troviamo la homepage con 101.688 (24,73%) visualizzazioni, subito seguita dalla pagina Come prenotare con 41.452 (10,08%) visualizzazioni totali, un dato questo che raddoppia rispetto agli anni precedenti confermando come sia più facile per i nostri famigliari trovare velocemente le informazioni di cui hanno più bisogno.

Subito dopo troviamo la pagina che annovera tutti i professionisti con 27.763 (6,75%) visualizzazioni, quella in crescita della didattica e della formazione con 17.534 (4,26%) visualizzazioni per la ripresa degli eventi in presenza, quella gli ambiti di cura con 14.577 (3,55%) visualizzazioni della pagina. Si nota come gli incrementi siano in parte dovuti alla forte esigenza da parte delle famiglie di avere informazioni sull'attività dell'ente e dopo l'emergenza coronavirus che ha consentito alle famiglie di conoscere gli strumenti informativi dell'ente, il loro orientamento nel sito è diventato più mirato e più approfondito nei tempi dedicati. I dispositivi che vengono utilizzati sono lo smartphone 77.714 (69,14%) accessi e secondariamente il computer con 33.006 (29,37%) accessi.

Il sito e i canali social sono stati strumenti importantissimi con il lockdown del 2020 perché ha permesso di offrire tempestive informazioni sulle limitazioni ai servizi e, di conseguenza, anche sulle aperture avvenute in modo scaglionato nel tempo, per effetto delle molteplici disposizioni normative regionali e nazionali diramate nel corso dell'emergenza.

Social media tra informazione e "URP on-line"

I social network sono divenuti uno strumento irrinunciabile per il dialogo e il confronto tra i cittadini e l'organizzazione sanitaria in un'ottica di risposta alle esigenze del cittadino e di multicanalità. Dal 6 dicembre 2019 è attivo il canale Facebook che la Fondazione Stella Maris (@IRCCSFondazioneStellaMaris) ha aperto per essere un punto di informazione per tutte le sue sedi con il nostro pubblico, formato da famiglie toscane e (1 su 2) anche residenti nelle altre regioni d'Italia.

Sebbene non lo si possa definire un vero “URP on-line” per la doverosa necessità di tutela della privacy dell’utenza, da questa data al 30 settembre 2021 il canale ha raccolto una comunità di 8271 follower, ovvero persone che ci seguono (donne 81%, uomini 19%) con una media di pagine viste in un mese di oltre 132.154 tra post, storie, inserzioni, informazioni social (...), ovvero il triplo rispetto a un anno fa. In questa frazione temporale a dialogare tramite la posta interna sono state ben 357 persone (soprattutto mamme e papà ma anche nonne e nonni) che hanno chiesto informazioni sull’attività assistenziale, segnalando problematiche che sono state prese in carico e risolte mediante l’intervento diretto della Direzione Sanitaria o dei Professionisti via via da essa coinvolti.

Tali problematiche hanno riguardato:

- La difficoltà di contattare telefonicamente il CUP o l’operatore che gestisce le prestazioni in Intra-moenia, le prenotazioni di visite e/o ricoveri e/o DH
- la richiesta di informazioni in merito a come prepararsi al ricovero (servizi attivi in ospedale, abbigliamento consigliato per il paziente e l’accompagnatore)
- L’apprensione per aver perso la data di una visita o di un ricovero
- La difficoltà a contattare singoli professionisti
- La ricerca di aggiornate informazioni sui tamponi da eseguire a seguito delle restrizioni e le misure anti-Covid via via adottate dalla Fondazione Stella Maris per far fronte alla pandemia
- la soluzione di esigenze sanitarie e assistenziali singole
- la richiesta di modalità per fare donazioni e/o partecipare ad attività a favore dell’ente
- la richiesta di informazioni generali sulle attività della sede della Fondazione Stella Maris di Pisa e anche di Matera/Chiaromonte (Fondazione Stella Maris Mediterraneo)
- la richiesta di contatto con ufficio personale per invio di CV
- la richiesta di contatto da parte di professionisti e/o studenti universitari (per formazione e/o didattica)

Non ci sono pervenuti reclami. Le persone che ci hanno scritto in modo critico hanno dimostrato un atteggiamento conciliante al momento della risposta e hanno attivamente collaborato per la soluzione della loro questione. Da sottolineare come continue siano state le dichiarazioni di soddisfazione che gli utenti della pagina hanno espresso a commento di singoli post informativi sulle attività dell’istituto. Anche questo canale on-line è stato fondamentale per la gestione delle informazioni durante l’emergenza pandemia, così come ha consentito di far fronte alle numerose richieste di persone residente fuori Toscana.

Conclusioni: sebbene il sito web e il canale Facebook siano attivi da un tempo ragionevolmente breve, la scelta fatta è stata centrata e centrale, perché capace di raggiungere anche le famiglie più lontane e rispondere alle loro domande ed esigenze. Si ribadisce come questa attività sia di primaria importanza per la direzione sanitaria e la governance dell’ente al fine di portare correttivi e migliorie a favore di servizi sempre più puntuali e a favore dei pazienti e delle loro famiglie.

B) SODDISFAZIONE DELL'UTENZA
B1) OSPEDALE SEDE DI CALAMBRONE

B1.1) Dipartimento Clinico Ospedaliero: Analisi dei questionari di valutazione della qualità percepita dall'utente esterno

I dati riportati in questo paragrafo sono tratti dall'interpretazione dei questionari R5.2 distribuiti a tutti i genitori dei degenti sia in RO che in DH nel corso di tutto l'anno 2022.

Ormai da molti anni il modulo viene consegnato al momento dell'accettazione insieme al materiale di presentazione della struttura. L'operatore dell'Accettazione fornisce tutte le indicazioni utili per la compilazione. I genitori possono riconsegnare la scheda depositandola in apposite "cassette" predisposte che contribuiscono a mantenere l'anonimato.

La scheda si compone di 27 items che riportiamo di seguito in tabella. Nella tabella è anche possibile visualizzare gli accorpamenti in 6 categorie per i quesiti che presentano caratteristiche omogenee.

Contatto-Accoglienza				
1	Al momento del contatto preliminare quali sono state le sue impressioni sulle informazioni ricevute e sulla cortesia degli operatori	soddisfatto <input type="checkbox"/>	insoddisfatto <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
2	Le informazioni ricevute all'accoglienza sono state esaurienti, il materiale informativo fornito è leggibile chiaro e completo	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
Il servizio di degenza				
3	Una volta ammesso in reparto, le spiegazioni fornite dal personale su come si sarebbe svolto il suo percorso di cura in ospedale fino al momento della dimissione sono state soddisfacenti	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
4	Durante il ricovero i colloqui sullo stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
5	Le informazioni ricevute dalle diverse figure professionali, durante il ricovero, sono state coerenti e concordanti tra loro	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
Medici				
6	Durante il ricovero le è stato assegnato un medico di riferimento per la sua assistenza	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
7	Durante il ricovero le domande rivolte ai medici sulle condizioni di salute di suo figlio, sulla terapia praticata, hanno avuto risposte chiare e concordanti	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
8	Ritiene di essere stato coinvolto attivamente nello specifico percorso di cura e/o di riabilitazione compresa la fase di dimissione?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
9	E' rimasto soddisfatto delle informazioni sui rischi e benefici dei vari tipi di intervento proposto	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
10	E' soddisfatto dell'assistenza complessivamente ricevuta dal personale medico	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
Infermieri				
11	Durante il ricovero è stato informato sull' infermiere a cui fare riferimento per l'assistenza di Suo figlio	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
12	Durante il ricovero le domande rivolte agli infermieri hanno avuto risposte chiare e concordanti	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
13	Secondo Lei in caso di necessità il personale fa il possibile per il controllo del dolore	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
14	Il personale addetto all'assistenza ha prestato attenzione alla pulizia delle mani dopo aver toccato un paziente e prima di toccarne un altro (pulirsi le mani, cambiarsi i guanti)	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>

Informazioni al momento della Dimissione				
15	Prima della dimissione ha effettuato almeno un colloquio di spiegazioni con uno dei professionisti della struttura	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
16	E' soddisfatto delle chiarezza e completezza delle spiegazioni che al momento della dimissione le sono state fornite dal medico di riferimento?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
17	Le spiegazioni e i risultati della degenza le sono state fornite con chiarezza e per scritto	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
18	Le è stato spiegato con chiarezza che cosa deve tenere sotto controllo e chi rivolgersi per i bisogni dopo la dimissione	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
19	A Suo parere la Struttura fornisce la prescrizioni di farmaci alla dimissione	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
20	A Suo parere la Struttura fornisce la prescrizioni dei presidi (carrozine ect.) alla dimissione	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
21	In caso di bisogno suggerirebbe a parenti e amici di rivolgersi a questa struttura	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
22	Complessivamente l'assistenza ricevuta è ottima o per lo meno buona, ne è soddisfatto	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>

Da non compilare da parte dei genitori dei pazienti in Day Hospital				
23	Durante il tempo libero dalle attività assistenziali e riabilitative ad es. alcuni pomeriggi, sono state previste attività ludiche ricreative o eventi per migliorare la qualità della permanenza	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
24	Il reparto di degenza è stato sufficientemente confortevole	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
	■ Camere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Ambienti comuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<i>E' stato soddisfatto del Servizio di Ristorazione per i seguenti aspetti</i>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
	■ Qualità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Quantità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Varietà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Orario pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Temperatura dei cibi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Rispetto delle richieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Costo per accompagnatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<i>E' stato soddisfatto della pulizia effettuata negli Ambienti di degenza</i>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
	■ Camere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	■ Ambienti comuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come per il passato ogni quesito prevede tre gradi di soddisfazione: a) molto soddisfatto, b) soddisfatto c) insoddisfatto.

Per l'analisi, le risposte sono state riportate a due gradi di soddisfazione sotto la voce "risposte soddisfatto" (abbiamo rubricato i giudizi, sia soddisfatto che molto soddisfatto) e il grado di insoddisfazione è stato riportato sotto la singola voce "risposte insoddisfatto" ovviamente a parte sono state calcolate le "non risposte".

Nella tabella che segue, i risultati sono riportati in percentuale sul totale delle risposte, sono messi a confronto i dati del 2021 (con sfondo grigio) e quelli del 2022 (con sfondo bianco). Come già evidenziato nella tabella precedente, le 6 macro aree accorpano tutti i 27 quesiti secondo un criterio di omogeneità di argomento esplorato.

CONTATTO ED ACCOGLIENZA					
Soddisfatto		Insoddisfatto		Non risponde	
Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022
92%	93%	3%	3%	5%	3%
IL SERVIZIO DI DEGENZA					
Soddisfatto		Insoddisfatto		Non risponde	
Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022
90%	91%	5%	3%	5%	6%
MEDICI					
Soddisfatto		Insoddisfatto		Non risponde	
Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022
89%	88%	1%	3%	10%	9%
INFERMIERI					
Soddisfatto		Insoddisfatto		Non risponde	
Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022
55%	59%	13%	18%	32%	23%
INFORMAZIONI AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE					
Soddisfatto		Insoddisfatto		Non risponde	
Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022
77%	77%	0%	0%	23%	23%
AMBIENTE E COMFORT (Non sono state prese in considerazione le risposte del DH)					
Soddisfatto		Insoddisfatto		Non risponde	
Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2021	Anno 2022
49%	49%	18%	18%	32%	32%

B1.2) Analisi dei risultati

Item I Contatto ed accoglienza: Queste domande si riferiscono alla prima fase del percorso assistenziale quindi sia al momento del contatto preliminare che a quello della prima accoglienza. Il grado di soddisfazione rilevato risulta leggermente aumentato rispetto all'anno 2021;

Item II Servizio di degenza: In questo capitolo si valuta più direttamente la soddisfazione espressa dai genitori dei pazienti nella relazione con le diverse figure professionali e di fiducia nella loro professionalità. Anche in questo caso la percezione di soddisfazione da parte delle famiglie risulta leggermente in aumento (91%) rispetto a quella dell'anno 2021 (90%), diminuendo di 3 punti di percentuale il grado di insoddisfazione e aumentando di 1 punto la percentuale dei "Non risponde".

Item III Medici:

Il grado di soddisfazione sul personale Medico scende di un punto, mentre aumenta di due punti percentuale il grado di insoddisfazione, abbassando conseguentemente di 1 punto la percentuale dei “Non risponde”.

Item IV Infermieri:

Si rileva un innalzamento del 4% della soddisfazione sul personale infermieristico rispetto a quella dell'anno di riferimento, aumenta anche di 5 punti percentuale dei non soddisfatti, diminuendo di 11 punti la percentuale dei “Non risponde”.

Item V Informazioni al momento della dimissione

Il 77% si dichiara soddisfatto delle informazioni fornite alla dimissione.

Questo dato risulta sovrapponibile all'anno precedente, continua l'azzeramento del grado di insoddisfazione, rimane stabile anche la percentuale dei “Non risponde”.

Item VI Ambiente e confort:

Il grado di soddisfazione pur rimanendo relativamente basso, rimane stabile al 49%, così come rimangono sovrapponibili a quelle dell'anno precedente le altre due percentuali.

Rispetto ad anni precedenti, come già avvenuto nel 2021, si evidenzia un peggioramento generale su tutti gli aspetti analizzati.

Per quanto riguarda la situazione alberghiera, nonostante gli sforzi degli ultimi anni per migliorare la qualità delle camere di degenza, grazie anche a donazioni di privati ed attraverso iniziative della Associazione Amici della Fondazione Stella Maris, (sostituzione degli arredi obsoleti, attivazione dell'aria condizionata, televisioni in tutte le camere), possiamo supporre che l'aumento della percentuale di insoddisfazione su questi aspetti sia stata influenzata dalla presenza prolungata di cantieri per lavori di ristrutturazione (antisismica) dei reparti di degenza, lavori necessari per la messa a norma della nostra struttura.

La costruzione del nuovo ospedale ci auguriamo possa ridimensionare completamente questa criticità.

Le risposte fornite dalle famiglie nel dettaglio, evidenziano una certa insoddisfazione sia per gli aspetti legati al Servizio di Ristorazione che a quelli relativi alla pulizia degli ambienti di degenza.

B2) STRUTTURA DI RIABILITAZIONE DI CALAMBRONE- IRC

B2.1) Istituto di Riabilitazione di Calambrone (IRC): Analisi dei questionari di valutazione della qualità percepita dall'utente esterno

Nell'anno 2022, è stata effettuata la somministrazione dei questionari di soddisfazione ai genitori dei piccoli pazienti presenti presso il reparto di riabilitazione sia in regime di semiresidenziale che in regime ambulatoriale.

Il questionario utilizzato contiene anche alcuni requisiti previsti dall'accreditamento regionale, ed è stato somministrato nei primi mesi dell'anno 2022.

Come per gli anni passati c'è stata una notevole difficoltà a recuperare una significativa percentuale di questionari completamente riempiti, i professionisti dell'IRC hanno dovuto presidiare per poter acquisire 30 questionari compilati dai genitori.

Le domande del questionario in n 26 sono raggruppate in aree:

Area Contatto-Accoglienza, Area della Qualità del trattamento riabilitativo, Area Medici, Area Altri operatori, Ambiente e comfort e Giudizio complessivo

B2.2) Analisi dei risultati

Si riportano di seguito le percentuali di risposta dei quesiti

AREA CONTATTO-ACCOGLIENZA				
QUESITO	soddisfatto Si	insoddisfatto No	Non so	non risponde
1. Al momento del contatto preliminare quali sono state le sue impressioni sulle informazioni ricevute e sulla cortesia degli operatori?	90%	0%	0%	10%
2. Per le figure per le quali ha avuto un contatto, può indicare il grado di soddisfazione?				
Centralino	67%	7%	13%	13%
Segreteria IRC	83%	3%	7%	7%
Medici	80%	0%	3%	17%
Altro	37%	0%	3%	60%
3. Le informazioni ricevute all'accoglienza sono state esaurienti, il materiale informativo fornito è leggibile chiaro e completo	83%	3%	7%	7%

AREA DELLA QUALITA' DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

QUESITO	soddisfatto Si	insoddisfatto No	Non so	non risponde
4 Una volta iniziato il percorso riabilitativo, può indicare il suo grado di soddisfazione per le spiegazioni fornite dal personale su come si sarebbe svolto il suo percorso fino al momento della dimissione se sono state soddisfacenti	93%	3%	0%	3%
5. Può indicare il grado di soddisfazione rilevato per le informazioni ricevute da ciascuna delle diverse figure professionali indicate (sono se coerenti con il percorso riabilitativo di suo figlio)				
Medici	83%	0%	0%	17%
Psicologi	73%	0%	3%	23%
Coordinatore degli Educatori	63%	3%	3%	30%
Educatori	93%	0%	0%	7%
Logopedisti	63%	3%	20%	13%
Terapista Neuropsicomotricità	77%	0%	7%	17%

Rispetto alle varie figure professionali i genitori sembrano esprimere un buon livello di soddisfazione per le figure degli educatori, che in effetti, per le loro mansioni svolgono una funzione di accoglienza e di relazione diretta con le famiglie sia nella fase di accesso al reparto che quotidianamente.

AREA MEDICI

QUESITO	soddisfatto Si	insoddisfatto No	Non so	non risponde
6. Durante il percorso riabilitativo le domande rivolte al medico sulle condizioni di salute di suo figlio, sulla terapia praticata, hanno avuto risposte chiare:	83%	0%	10%	7%
7. Ritiene di essere stato coinvolto attivamente nello specifico percorso di cura e/o di riabilitazione?	83%	0%	10%	7%
7 b. È rimasto soddisfatto delle informazioni sui rischi e benefici dei vari tipi di intervento proposto?	80%	0%	10%	10%
8. I medici prestavano attenzione alla pulizia delle mani dopo aver toccato un paziente e prima di toccarne un altro (pulirsi le mani, cambiarsi i guanti)	67%	3%	20%	10%
9. Come valuta la cortesia del personale Medico?	83%	3%	7%	7%
10. Come valuta l'assistenza complessivamente ricevuta dal personale medico?	83%	0%	7%	10%
11. Secondo Lei la preparazione e la sensibilità del personale nella gestione del dolore è?	47%	3%	27%	23%

Rispetto alla figura professionale del Medico, i genitori sembrano esprimere un buon livello di soddisfazione per la maggior parte dei vari argomenti richiesti, eccetto per il quesito 8 (lavaggio delle mani fra un paziente e l'altro), dove il valore di soddisfazione appare più basso (67%).

Relativamente al quesito 11 (sensibilità del personale nella gestione del dolore), si evidenzia una bassa percentuale di soddisfazione (47%) e un'alta percentuale di "non so" (27%) e "non risponde" (23), anche in questo secondo quesito dove il risultato positivo è più basso, molto probabilmente, è determinato dal fatto che per molti nostri pazienti la domanda non è coerente, infatti nelle patologie gestite, la presenza di sintomatologia dolorosa è relativamente rara.

AREA ALTRI OPERATORI				
QUESITO	soddisfatto Si	insoddisfatto No	Non so	non risponde
12. Durante il percorso riabilitativo le domande rivolte ai singoli professionisti, hanno avuto risposte chiare:				
Psicologi	63%	0%	10%	27%
Educatori	77%	3%	3%	17%
Logopedisti	57%	3%	23%	17%
Terapista Neuropsicomotricità	50%	0%	20%	30%
Personale di assistenza	43%	0%	20%	37%
13. Il personale addetto all'assistenza prestava attenzione alla pulizia delle mani dopo aver toccato un paziente e prima di toccarne un altro (pulirsi le mani, cambiarsi i guanti)	50%	0%	30%	20%
14. Come valuta la cortesia del personale?				
Medici	70%	3%	7%	20%
Psicologi	67%	0%	7%	27%
Educatori	83%	0%	3%	13%
Logopedisti/Terapista Neuropsicomotricità	67%	0%	17%	17%
Personale di assistenza	53%	0%	17%	30%

Anche in questo caso le risposte relative alle diverse figure professionali risentono della possibilità di contatto che i genitori hanno con ciascuna di esse.

INFORMAZIONI ALLA DIMISSIONE

QUESITO	soddisfatto Si	insoddisfatto No	Non so	non risponde
15. Prima della dimissione ha effettuato un colloquio di con uno dei professionisti della struttura?	40%	3%	23%	33%
16. E soddisfatto della chiarezza e completezza delle spiegazioni che al momento della dimissione le sono state fornite dal medico di riferimento?	37%	7%	20%	37%
17. Le spiegazioni e i risultati della degenza le sono state fornite con chiarezza e per scritto	43%	23%	7%	27%
18. Le è stato spiegato con chiarezza che cosa deve tenere sotto controllo e chi rivolgersi per i bisogni dopo la dimissione	30%	10%	23%	37%
19. Durante il percorso riabilitativo i colloqui sullo stato di salute con il personale sanitario si sono svolti nel rispetto della riservatezza	57%	3%	13%	27%
20. Durante i colloqui con il personale sanitario il linguaggio è stato semplice chiaro e comprensibile	73%	0%	7%	20%
21. A volte capita che un Medico o un Educatore dicano ai genitori una cosa e un altro Medico o altro professionista gliene dicano un'altra. A lei è successo?	17%	50%	10%	23%

Le percentuali di risposte “non so” o “non risponde” sono determinate dal fatto che soltanto i pazienti con esperienza di dimissione/chiusura dei cicli di trattamento, possiedono gli elementi per rispondere correttamente a questi quesiti.

La percentuale di risposta del 17% che i genitori hanno dato in merito a ricevere informazioni discordanti tra i vari operatori, rappresenta per noi una particolare criticità e pertanto questa problematica dovrà essere affrontata all'interno del reparto.

AREA AMBIENTE E CONFORT

QUESITO	soddisfatto Si	insoddisfatto No	Non so	non risponde
22. Quanto è confortevole il reparto				
22.a locali di attività	80%	7%	7%	7%
22.b corridoi	80%	7%	7%	7%
22.c spazi comuni	57%	30%	3%	10%
22.d servizi igienici	63%	17%	10%	10%
22.e Tranquillità degli ambienti	70%	3%	10%	17%
23. Come valuta il servizio di Pulizia degli Ambienti				
23.a Camere/Stanze di trattamento	43%	3%	23%	33%
23.b Servizi igienici	77%	0%	7%	13%
23.c Ambienti comuni	73%	0%	3%	17%

Si evidenzia come il giudizio rispetto all'ambiente e comfort esprima un grado di soddisfazione da parte delle famiglie abbastanza importante

GIUDIZIO COMPLESSIVO

QUESITO	soddisfatto Si	insoddisfatto No	Non so	non risponde
24. In caso di bisogno suggerirebbe ad altri di rivolgersi a questa struttura	90%	3%	3%	3%
25. Complessivamente l'assistenza ricevuta è ottima o per lo meno buona, ne è soddisfatto?	93%	0%	3%	3%
26. Le prestazioni globalmente ricevute hanno corrisposto alle sue aspettative.	90%	0%	3%	7%

Il giudizio complessivo, rappresentato da 3 item, relativo all'assistenza ricevuta ed all'erogazione delle prestazioni rileva una buona soddisfazione, con un risultato che raggiunge il 90-93%.

C) RECLAMI E SEGNALAZIONI

Dipartimento Clinico Ospedaliero

I dati qui riportati sono stati tratti dai moduli di Segnalazione Disfunzioni/Reclami R7.2-1 presentate dai genitori durante gli anni in esame.

Come previsto dalla procedura in vigore, la scheda di reclamo riporta una prima parte con i dati identificativi di chi sporge il reclamo, ed una seconda parte con lo spazio per la segnalazione.

Il format della scheda di reclamo è consegnato al genitore/accompagnatore al momento in cui segnala un disservizio o una criticità.

Come nei precedenti anni mettiamo a confronto il numero dei reclami presentati dai degenti nell'ultimo anno e lo confrontiamo con l'anno precedente, inoltre attraverso un rapporto percentuale cerchiamo di dare a questi reclami un "peso specifico" correlandolo con il numero dei degenti ai quali ci riferiamo.

Anno	n° ricovero totali	n° reclami
2013	2452	3
2014	2654	1
2015	2739	3
2016	3080	=
2017	3141	4
2018	3480	3
2019	3686	8
2020	3030	1
2021	3882	2 (di cui 1 non pertinente)
2022	4249	4

L'indicatore è costruito sul rapporto tra il numero assoluto di reclami presentati nell'anno in analisi, diviso per il numero complessivo dei ricoveri dello stesso anno.

Nel 2013 era stato $3/2452 = 0,0012$

Nel 2018 è stato $3/3480 = 0,0009$

Nel 2014 era stato $1/2654 = 0,0004$

Nel 2019 è stato $8/3686 = 0,0022$

Nel 2015 era stato $3/2739 = 0,0011$

Nel 2020 è stato $1/3030 = 0,00033$

Nel 2016 è stato $0/3080 = 0,0000$

Nel 2021 è stato $1/3882 = 0,00026$

Nel 2017 è stato $4/3141 = 0,0012$

Nel 2022 è stato $4/4249 = 0,00094$

Abbiamo introdotto anche un indicatore di comparazione tra l'anno in analisi e l'anno precedente in questo caso 2022/2021 con l'obiettivo di raffrontare le due percentuali, per tenere sotto controllo l'andamento del numero dei reclami presentati, facendo sempre il confronto con il precedente anno nell'aspettativa di una progressiva costante riduzione. Abbiamo quindi stabilito che il valore dell'indicatore di comparazione dovesse essere uguale od inferiore ad 1.

Nel 2022 il valore di questo secondo indicatore di confronto con il precedente anno è di 3,6 (0,00094/0,00026). Purtroppo questo ci indica il superamento del valore soglia prestabilito.

Nelle successive tabelle sono mostrate le aree che più comunemente sottoposte a reclamo, ed i relativi raggruppamenti per macro aree negli ultimi due anni.

RECLAMI 2021						
AMBIENTE E COMFORT						
Totale %	Barriere Architettoniche	Carenza Servizi Igienici	Carenza Strutturali	Guasti	Comfort	
100%	0	0	1	0	0	
STRUTTURA ORGANIZZATIVA						
Totale %	Organizzazione	Sicurezza		Tempo Libero		
0%	0	0		0		
ASPETTI PROFESSIONALI						
Totale %	Inadempienze Infermieri	Inadempienze Medici		Inadempienze Altri Operatori		
0%	0	0		0		
IGIENE E SANIFICAZIONE						
Totale %	Ambienti Comuni	Camere		Bagni		
0%	0	0		0		
SERVIZIO RISTORAZIONE						
Totale %	Cibo Qualità	Cibo Quantità	Cibo Varietà	Rispetto Richieste	Rispetto Orario	Cibo Costo
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

RECLAMI 2022						
AMBIENTE E COMFORT						
Totale %	Barriere Architettoniche	Carenza Servizi Igienici	Carenza Strutturali	Guasti	Comfort	
0%	0	0	0	0	0	
STRUTTURA ORGANIZZATIVA						
Totale %	Organizzazione	Sicurezza		Tempo Libero		
0%	0	0		0		
ASPETTI PROFESSIONALI						
Totale %	Inadempienze Infermieri	Inadempienze Medici		Inadempienze Altri Operatori		
75%	0	2		1		
IGIENE E SANIFICAZIONE						
Totale %	Ambienti Comuni	Camere		Bagni		
25%	0	1		0		
SERVIZIO RISTORAZIONE						
Totale %	Cibo Qualità	Cibo Quantità	Cibo Varietà	Rispetto Richieste	Rispetto Orario	Cibo Costo
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

5) GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

A) CONTROLLO DI QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA APROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI EROGATE

Anche nel corso del 2022, è stato effettuato presso la struttura ospedaliera di Calambrone il controllo di qualità sulla documentazione sanitaria dei pazienti dimessi, in particolare sono state analizzate in merito all'appropriatezza, tutte le cartelle cliniche di degenti sia in Ricovero Ordinario che in Day Hospital che sono state chiuse dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022, è stata inoltre effettuata la valutazione dei dati raccolti nel 2022 rispetto alla congruità delle SDO e cartelle cliniche in relazione alle disposizioni della Regione Toscana sulla appropriatezza delle degenze ospedaliere (10%).

Il controllo si è svolto su tre linee principali di valutazione:

- 1) Verifica di alcuni item già in precedenza selezionati per il controllo interno di qualità della cartella clinica, più verifica degli item individuati dalla Regione Toscana.
Questa analisi si compone di n. 37 item complessivi, rappresentati da 9 appartenenti alla versione storica della scheda del controllo interna di qualità della cartella clinica e da ulteriori 28 items previsti dall'Allegato D del DDRT n.6233/2014.
- 2) Verifica dei requisiti di accreditamento previsti dalla legge 51/ 2009, secondo il Regolamento attuativo 79 R/2016 e 90 R/2020 e successive integrazioni in base alla necessità di riscontrare nella cartella clinica alcuni dei requisiti relativi alle procedure di sicurezza, ai protocolli ed alle indicazioni previste dalla Regione Toscana
- 3) Verifica e controllo delle SDO per i DRG a potenziale rischio di appropriatezza, tramite rilevazione semiautomatica di un gestionale specifico elaborato dal CED (SIS), così come previsto dal **DDRT N° 6233 del 22.12.2014 avente come oggetto: "DGR 1140/2014 protocollo attuativo per il controllo del 10% tra cartella clinica e SDO, per la verifica dell'appropriatezza.**

1° tipologia di valutazioni

CONTROLLO QUALITA' CARTELLA CLINICA

Anno 2022

Anno 2022 - Quesiti Scheda interna controllo CC	SI	% SI	NO	% NO
L'esame neuropsichiatrico è firmato e datato?	427	99,07%	4	0,93%
Il consenso informato alle cure è completo?	420	97,45%	11	2,55%
Il modulo autorizzazione al trattamento dati personali è completo?	422	97,91%	9	2,09%
Presenza di altri moduli di consenso alle cure, valutare se completi	277	99,28%	2	0,72%
Sono presenti i referti delle visite eseguite ?	307	100,00%	0	0,00%
I referti riportano la sigla per PV del medico responsabile?	305	99,03%	3	0,97%
Sono presenti le schede di tutti i professionisti che hanno seguito il paziente?	431	100,00%	0	0,00%
Le schede sono leggibili, le correzioni sono visibili e firmate?	431	100,00%	0	0,00%
La cartella clinica è regolarmente chiusa con la doppia firma?	429	99,54%	2	0,46%
Anno 2022 - Quesiti Allegato D "CHECK-LIST CARTELLA CLINICA" Decreto_n.6233_del_22-12-2014	SI	% SI	NO	% NO
Il motivo del ricovero è indicato nel foglio di ricovero oppure in diario medico (1° giornata) oppure nella documentazione di valutazione all'ingresso	431	100,00%	0	0,00%
L'anamnesi patologica: E' presente	431	100,00%	0	0,00%
L'anamnesi patologica: E' leggibile	431	100,00%	0	0,00%
L'esame obbiettivo: È firmato (anche sigla)	431	100,00%	0	0,00%
L'esame obbiettivo: È datato	430	99,77%	1	0,23%
L'esame obbiettivo: È leggibile	431	100,00%	0	0,00%
L'esame obbiettivo: Comprende almeno apparato respiratorio+cardioc.+sede del problema	431	100,00%	0	0,00%
Il Diario medico: È presente	431	100,00%	0	0,00%
Il Diario medico: Sono presenti annotazioni in tutte le giornate di degenza	426	98,84%	5	1,16%
Il Diario medico: Le annotazioni sono firmate/siglate	425	98,61%	6	1,39%
Il Diario infermieristico: È presente	261	99,62%	1	0,38%
	262	100,00%	0	0,00%
Il Diario infermieristico: Sono presenti annotazioni in tutte le giornate di degenza	262	100,00%	0	0,00%
Il Diario infermieristico: Le annotazioni sono firmate/siglate	257	97,72%	6	2,28%
	0	NP	0	NP
Il consenso informato all'intervento chirurgico o procedura invasiva: È applicabile	0	NP	0	NP
Il consenso informato all'intervento chirurgico o procedura invasiva: È presente	0	NP	0	NP
Il consenso informato all'intervento chirurgico o procedura invasiva: È presente sia la firma del paziente che quella del medico	0	NP	0	NP
Il consenso informato all'intervento chirurgico o procedura invasiva: È presente la data di compilazione	0	NP	0	NP
La cartella anestesiologicala: È applicabile	53	100,00%	0	0,00%
La cartella anestesiologicala: È presente e allegata	54	100,00%	0	0,00%
La cartella anestesiologicala: È presente il consenso informato	54	100,00%	0	0,00%
La lettera di dimissione: È presente	422	98,14%	8	1,86%
La lettera di dimissione: È presente la data di compilazione	431	100,00%	0	0,00%
La lettera di dimissione: È identificabile il medico redattore (nome leggibile)	430	99,77%	1	0,23%
La lettera di dimissione: È presente una sintesi descrittiva del decorso clinico durante la degenza	431	100,00%	0	0,00%
La scheda terapeutica unica (S.T.U.): E' presente	141	99,30%	1	0,70%
La scheda terapeutica unica (S.T.U.): È compilata correttamente	131	92,25%	11	7,75%
Registrazioni delle valutazioni del dolore: È presente	261	100,00%	0	0,00%
Registrazioni delle valutazioni del dolore: È compilata correttamente	261	100,00%	0	0,00%

Questa analisi come la successiva si è svolta su un campione di **431 cartelle** che costituiscono il 10% di tutti i dimessi nell'anno del 2022 (4249 ricoveri); il campione è stato randomizzato attingendo dalle cartelle che dopo la chiusura vengono inviate all'archivio centralizzato, e comprende sia i ricoveri ordinari che i day hospital delle tre UUOCC che hanno posti letto.

Come si può vedere dalla tabella sopra riportata, molti dei parametri sono soddisfatti al 100% mentre altri si avvicinano al livello ottimale.

Di seguito abbiamo riportato in tabella in sintesi breve i quesiti che abbiamo ritenuto più critici per il 2022 (quelli con positività al di sotto del 98%) e quelli che pur essendo stati critici lo scorso anno hanno avuto invece un'evoluzione positiva nel 2022.

Quesiti analizzati:	Anno 2020			Anno 2021			Anno 2022		
	SI	NO	% SI	SI	NO	% SI	SI	NO	% SI
La scheda terapeutica unica (S.T.U.): È compilata correttamente	72	9	88,89%	105	10	91,30%	131	11	92,25%
Il consenso informato alle cure è completo?	291	17	94,48%	372	19	95,14%	420	11	97,45%
Il Diario infermieristico: Le annotazioni sono firmate/siglate	108	1	99,08%	209	6	97,21%	257	6	97,72%
Il modulo autorizzazione al trattamento dati personali è completo?	290	18	94,16%	387	4	98,98%	422	9	97,91%
Il Diario medico: Le annotazioni sono firmate/siglate	304	4	98,70%	378	13	96,68%	425	6	98,61%
Il Diario medico: Sono presenti annotazioni in tutte le giornate di degenza	307	1	99,68%	382	9	97,70%	426	5	98,84%
I referti riportano la sigla per PV del medico responsabile?	184	12	93,88%	279	15	94,90%	305	3	99,03%
L'esame neuropsichiatrico è firmato e datato?	300	8	97,40%	384	6	98,46%	427	4	99,07%
La lettera di dimissione: È presente una sintesi descrittiva del decorso clinico durante la degenza	301	6	98,05%	390	1	99,74%	431	0	100,00%

Commenti:

- a) Paragonando i dati con quelli del 2021 si rileva un miglioramento percentuale su diversi item che risultavano critici nell'anno precedente, tuttavia solo gli item la cui percentuale è stata indicata in verde) risultano sopra il 98%, mentre rimangono 4 criticità (percentuale in rosso) emerse nell'analisi precedente.
- b) La criticità maggiore dell'anno 2022, è rappresentata da errori riscontrati nella compilazione della STU, si evidenzia inoltre la permanenza di alcune criticità già presenti nella valutazione del 2021 che riguardano la compilazione dei diari infermieristici e la compilazione dei consensi e autorizzazione al trattamento dei dati.

Si rileva tuttavia che l'unica criticità aumentata percentualmente rispetto alla valutazione dell'anno precedente è quella che riguarda la completezza del modulo di autorizzazione al trattamento dei dati personali.

- c) Non appaiono comunque criticità significative e degne di una particolare attenzione o dell'introduzione di particolari azioni correttive.

2° tipologia di valutazioni

CONTROLLO QUALITA' CARTELLA CLINICA (Requisiti Accreditemento) Anno 2022

Nelle tabelle successive, sono riportati gli item ricavati dai requisiti richiesti dalla Regione Toscana come necessari/obbligatori per l'accREDITAMENTO istituzionale.

Per questa valutazione sono state analizzate con un lavoro capillare 431 cartelle dei dimessi dalla nostra struttura ospedaliera dal 1° gennaio al 31 dicembre del 2022, determinate con gli stessi criteri riportati al punto precedente.

Si rileva come tutti gli indicatori abbiano ampiamente superato gli standard individuati dalla Regione Toscana.

VERIFICA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PREVISTI DALLA LEGGE 51/2009, REGOLAMENTO ATTUATIVO R 79/ 2016 E R/90/2020

ANNO 2022 -REVISIONE DOCUMENTAZIONE CLINICA IN RIFERIMENTO AI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO REGIONALE TOSCANO (R. 79/2016)						
ITEM	REQUISITO	INDICATORE	STANDARD	2020 % OTTENUTA	2021 % OTTENUTA	2022 % OTTENUTA
Scheda di valutazione multidimensionale correttamente compilata	Requisito 5.1.com.1/A -	Percentuale di ricoveri/accessi in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso tramite accertamento infermieristico	95%	100%	100%	100,0%
Anamnesi correttamente compilata	Requisito 5.1.com.1/B -	Numero di cartelle cliniche in cui è stata effettuata la valutazione in ingresso tramite anamnesi ed altre valutazioni ulteriori rispetto all'accertamento infermieristico	95%	98,1%	98,5%	99,5%
E' presente la valutazione del Rischio Caduta	Requisito 5.1.com.1/C -	Percentuale ricoveri/accessi in cui è stata effettuata la valutazione dei rischi assistenziali (nel setting di	85%	100%	99%	99,6%
E' presente la valutazione del Rischio Ulcere da Pressione	Requisito 5.1.com.1/C -			100%	95%	94,1%
E' presente la valutazione del Rischio Nutrizionale	Requisito 5.1.com.1/C -			100%	100%	100,0%
In caso di presenza di rischio caduta (medio, alto) sono stati attivati interventi coerenti?	Requisito 5.1.com.1/D -	Numero di cartelle in cui sono individuati interventi assistenziali coerenti con le valutazioni	80%	100%	94%	95,7%
In caso di presenza di rischio Ulcere da Pressione sono stati attivati interventi coerenti?	Requisito 5.1.com.1/D -			100%	100%	N.P.
In caso di presenza di rischio Nutrizionale sono stati attivati interventi coerenti?	Requisito 5.1.com.1/D -			82,4%	71,5%	85,5%
Pazienti valutati per indice di deterioramento. E' presente la scheda correttamente compilata nei pazienti eleggibili	Requisito 3.1.com.1/B -	Percentuale di pazienti valutati per indice di deterioramento	90%	100%	100%	100,0%
In caso di positività per indice di deterioramento, sono stati attivati interventi coerenti?	Requisito 3.1.com.1/C -	Percentuale di pazienti sui quali è stata attivata una azione di attenzione e intervento	100%	100%	100%	100,0%
E' presente il protocollo di riconciliazione terapeutica?	Requisito 5.1.com. 3/A -		70%	98,0%	98,7%	99,8%
E' presente STU correttamente compilata secondo le indicazioni della buona pratica?	Requisito 5.1.com. 3/B -		80%	100,0%	91,3%	92,3%
E' presente la lettera di dimissione correttamente compilata deve contenere tutte le informazioni re	Requisito 3.1.com. 2 -	Percentuale lettere di dimissioni compilate correttamente	85%	100%	100%	100,0%
Le indicazioni di trattamento e intervento educativo/riabilitativo sono state presentate e discusse con i familiari (e riportate in cartella clinica)	Requisito 4.1.com. 2-		70%	95,5%	99,2%	98,1%
E' presente in cartella clinica la registrazione dei sanitari di riferimento (Medico strutturato, Medico di riferimento)?	Requisito 2.1.com.1 -		90%	98,7%	99,7%	99,5%
Il motivo del ricovero è indicato nel foglio di ricovero oppure in diario medico (1° giornata) oppure nella documentazione di valutazione all'ingresso	Requisito 5.1.med.2/A Allegato D - Decreto_n.6233_del_22-12-2014	% delle cartelle cliniche con anamnesi, esame obiettivo e impostazione terapia di urgenza effettuate entro 6 ore dal ricovero	95%	99,4%	99,5%	99,9%
E' presente il protocollo di riconciliazione terapeutica?	Requisito 5.1.med.2/A Requisito 5.1.com. 3/A					
L'esame obiettivo: È firmato (anche sigla)	Requisito 5.1.med.2/A					
L'esame obiettivo: È datato	Allegato D -					
L'esame obiettivo: È leggibile	Decreto_n.6233_del_22-12-2014					
L'esame obiettivo: Comprende almeno apparato respiratorio+cardioc.+sede del problema	Requisito 5.1.med.2/A					
Anamnesi correttamente compilata	Requisito 5.1.com.1/B					
Il primo inquadramento diagnostico comprensivo di iter clinico è completato e condiviso nell'equipe entro 24 ore dal ricovero?	Requisito 5.1.med.2 -B	% delle cartelle cliniche con ipotesi diagnostica ed iter clinico discusso nella equipe entro 24 ore	70%	100%	100%	100,0%
Le prestazioni di diagnostica strumentale e di consulenza, sono state effettuate nei tempi concordati	Requisito 7.1.med.1 -	% prestazioni realizzate e refertate nei tempi concordati	90%	93,8%	96,3%	92,4%
E' presente la valutazione del dolore	Requisito 3.1.com.3 -		80% per le registrazioni	99,1%	100,0%	100,0%
In caso di positività alla valutazione del dolore (rischio medio/alto) sono stati attivati interventi coerenti?	Requisito 3.1.com.3 -		100% per i trattamenti	100%	100%	100,0%
Presenza di infezioni ospedaliere (segnalate e/ o deducibili da sintomi e segni registrati in cartella clinica)	Requisito 5.1.com.2 -			100%	100%	100,0%
Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (linee guida, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) sono utilizzati da tutti gli operatori (% di report realizzati per gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico con utilizzo di indicatori di performance clinica (es. protocollo per la prevenzione della TVP con utilizzo di eparina a peso molecolare semplice, si fa un report periodico in cui si monitorizza su quanti dei casi interessati è stato utilizzato effettivamente questo farmaco nelle dosi e modalità indicate nel protocollo)	Requisito 5.1.com.10	Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale		100%	100%	100,0%
E' stata pianificata la degenza con previsione della data di dimissione	Requisito 6.1. med.4-A Requisito 6.1. med.7	% di cartelle cliniche dove vi è evidenza della pianificazione del ricovero (degenza e dimissione)	90%	98,7%	97,7%	99,5%

3° tipologia di valutazioni

VERIFICA E CONTROLLO DELLE SDO PER I DRG A POTENZIALE RISCHIO DI APPROPRIATEZZA COSÌ COME PREVISTO DECRETO DELLE REGIONE TOSCANA N° 1140 DEL 09 DICEMBRE 2014

In questa prima parte sono stati riportati i DRG a rischio di appropriatezza per i degenti in Ricovero Ordinario (RO)

Come previsto dal DDRT N° 6223 del 22.12.2014 avente come oggetto: “DGR 1140/2014 protocollo attuativo per il controllo del 10% tra cartella clinica e SDO”, per la verifica dell'appropriatezza del ricovero e per la rilevazione del risultato dei controlli; da diversi anni è attiva una verifica su tutti i DRG per individuare quelli a rischio di non appropriatezza, tramite una rilevazione semiautomatica di un gestionale specifico elaborato dal CED (SIS).

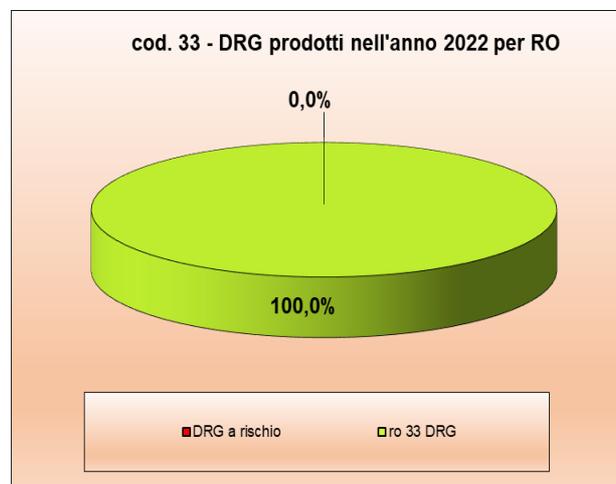
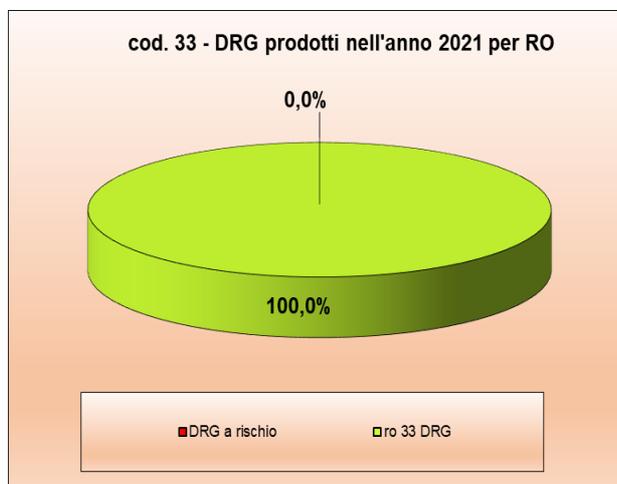
Abbiamo analizzato le SDO degenza in Regime Ordinario (RO) di tutti i soggetti dimessi nel 2022. Come si può dedurre dai dati successivamente riportati, per la nostra realtà clinica il DRG a rischio di non appropriatezza, che ricorre più frequentemente tra i pazienti, è il 429, DRG dove vengono inclusi molti dei casi di ritardo mentale e di disturbo autistico.

L'attenzione posta negli ultimi anni sull'appropriatezza del ricovero, ha portato gradualmente ad una oramai totale riduzione dei Ricoveri Ordinari individuati ad alto rischio appropriatezza dalla suddetta delibera.

Drg	Descrizione	2017	2018	2019	2020	2021	2022	% su ric. 2022
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1	0	0	0	0	0	0,00%
8	Interventi sui nervi periferici e cranici e altri interventi sul sistema nervoso senza CC	0	0	0	1	0	0	0,00%
Totali		1	0	0	1	0	0	0,00%

429 (*)	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	6	1	0	0	0	0	0,00
----------------	--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------

() Con la Delibera n. 1140 del 09.12.2014, la Regione Toscana esclude i DRG 429 con dimissione da Reparto Psichiatrico, da quelli ad alto rischio di inappropriatezza*



Elenco dei DRG considerati a rischio di appropriatezza in RO (Delibera RT 1140/2014)						
DRG	DESCRIZIONE	Anno	DH	RO	Soglia FSM	Soglia Reg. T.
8	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	2015	3	0	100%	75,00%
		2016	9	1	90%	75,00%
		2017	8	0	100%	75,00%
		2018	10	0	100%	75,00%
		2019	3	0	100%	75,00%
		2020	3	1	75%	75,00%
		2021	3	0	100%	75,00%
		2022	4	0	100%	75,00%
19	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	2014	7	0	100%	42,00%
		2015	4	1	80%	60,00%
		2017	1	1	50%	60,00%
		2018	3	0	100%	60,00%
		2019	1	0	100%	60,00%
		2020	2	0	100%	60,00%
		2021	1	0	100%	60,00%
256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2014	7	0	100%	26,00%
		2015	4	0	100%	90,00%
		2016	5	0	100%	90,00%
		2017	2	0	100%	90,00%
		2018	1	0	100%	90,00%
		2019	1	0	100%	90,00%
		2020	1	0	100%	90,00%
		2021	1	0	100%	90,00%
2022	1	0	100%	90,00%		
369	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2020	1	0	100%	55,00%
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	2014	7	0	100%	54,00%
		2015	4	0	100%	60,00%
		2017	1	0	100%	60,00%
301	MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC	2014	1	0	100%	82,00%
429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	2014	29	4	88%	40,00%
		2015	20	18	53%	40,00%
		2016	36	56	39,13%	40,00%
		2017	22	6	79,00%	40,00%
		2018	22	1	96%	40,00%
		2019	14	0	100%	40,00%
		2020	19	0	100%	40,00%
		2021	30	0	100%	40,00%
		2022	28	0	100%	90,00%

Con la Delibera 947/2016 riguardante “Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti” in vigore dal 1° ottobre 2016, la Regione Toscana ha indicato altri ulteriori DRG potenzialmente non appropriati, senza però individuarne il valore soglia come invece indicato nella Delibera del 2014.

Riportiamo nella tabella sotto riportata l’elenco completo dei DRG “potenzialmente” non appropriati prodotti nell’anno 2022 (DGR 1140/2014 e DGRT 947/2016).

ANNO 2022				Cartelle cliniche in DH		Cartelle cliniche in RO	
DRG - Medico escluso riabilitazione	Descrizione DRG	normativa di riferimento	soglia DH Del 1140-2014	N°	% DH sul totale dei ricoveri	N°	% RO sul totale dei ricoveri
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	DGRT 947 del 29/09/2016		1	100%	0	0%
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	DGRT (appropriatezza) 1140-2014	90,00%	1	100%	0	0%
426	Nevrosi depressive	DGRT 947 del 29/09/2016		4	100%	0	0%
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	DGRT 947 del 29/09/2016		25	100%	0	0%
429 (*)	Disturbi organici e ritardo mentale	DGRT (appropriatezza) 1140-2014	40,00%	28	100%	0	0,0%
8	Interventi sui nervi periferici e cranici e altri interventi sul sistema nervoso senza CC	DGRT (appropriatezza) 1140-2014	75,00%	4	100%	0	0%

(*) Con la Delibera n. 1140 del 09.12.2014, la Regione Toscana esclude i DRG 429 con dimissione da Reparto Psichiatrico, da quelli ad alto rischio di inappropriatazza

La percentuale di DRG a rischio inappropriatazza è veramente esigua nella nostra struttura; pur tenendo in considerazione ambedue le Deliberazioni della Regione Toscana, solo lo 0,002 % di tutti i Ricoveri Ordinari a codice 33 è riferibile a questa categoria.

A conferma della correttezza dell'appropriato funzionamento della struttura, si fa rilevare come negli anni, anche gli esigui numeri di DRG critici indicati si siano ridotti quasi completamente e siano stati ampiamente compensati dall'attività in DH.

Il controllo è stato possibile attraverso un attento monitoraggio che la Direzione Sanitaria effettua con i suoi uffici; inoltre era doveroso conciliare questa esigenza amministrativa e di controllo della spesa pubblica con le richieste e con le necessità dell'utenza; questo secondo importantissimo risultato è stato raggiunto anche grazie alla gran mole di attività ambulatoriale in day service che consente di dirottare verso questa modalità di presa in carico, pazienti che per le caratteristiche cliniche, se ricoverati, potevano rientrare nella categoria delle degenze non appropriate.

VALUTAZIONE CONGRUITA' FRA SDO E CARTELLA CLINICA

Il controllo di congruità tra SDO e cartella clinica viene effettuato utilizzando la documentazione sanitaria valutata per i controlli precedenti, secondo lo schema indicato nella DGR 6233/2014 (allegato A):

- a) Valutazioni formali sulla SDO (completezza della compilazione, presenza della firma, data e ora di dimissione, ecc)
- b) Valutazioni di coerenza tra le informazioni relative all'anagrafica dei pazienti e quelle riportate sulla cartella clinica
- c) Concordanza tra ciascuna delle diagnosi riportate nella SDO (comprese le comorbilità) e la descrizione clinica riportata in cartella
- d) Concordanza tra gli interventi e procedure riportate nella SDO e quelle effettivamente erogate durante l'assistenza.

Controlli di congruità SDO/Cartella Clinica (All.to A DDRT 6223/2014)						
Anno 2022						
	Num CC controllate	% CC controllate sul totale dei dimessi	Num. CC controllate con esito Positivo	% CC controllate con esito Positivo i	Num. CC controllate con esito Negativo	% CC controllate con esito Negativo
Area Disturbi Neurologici	192		175	91%	17	9%
Area Disturbi Psichiatrici	230		177	77%	53	23%
Area Riab. Ospedaliera	9		6	67%	3	33%
N. Totale ricoveri prodotti nell'anno 3882	431	10,14%	358	83%	73	17%

Nel controllo dell'anno 2022 abbiamo avuto 73 SDO sulle quali si sono riscontrate alcune difformità da quanto rappresentato in cartella clinica e che, per questo motivo, hanno prodotto un esito negativo. La correzione di queste difformità ha portato ad una variazione di codifica DRG su 4 di queste cartelle, 1 sola di queste ha riportato anche una variazione economica.

Questo tipo di controllo viene inoltre registrato sul gestionale H2O per la trasmissione alla regione tramite i flussi SDO.

B) QUALITÀ DELLE PROCEDURE ORGANIZZATIVE DELL'ARCHIVIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA E RELATIVI DATI DI ATTIVITÀ

A conclusione di questo capitolo sul controllo di qualità della documentazione sanitaria, vorremmo brevemente segnalare un altro aspetto *qualitativamente* significativo che la Direzione Sanitaria ha attivato negli ultimi anni riorganizzando il servizio archivio delle cartelle cliniche, senza ricorrere a risorse aggiuntive.

Dal gennaio 2010 abbiamo implementato il sistema di archiviazione tradizionale aggiungendo la procedura della digitalizzazione di tutto il materiale sanitario della cartella clinica che viene inviato in archivio proveniente dai reparti clinici.

Ad oggi (il dato è aggiornato al 31.12.2022) disponiamo di un patrimonio stimato di oltre 30.600 cartelle riversate in formato pdf.

Abbiamo inserito tutte le nuove cartelle secondo un percorso anterogrado (cioè tutte le nuove dimissioni sono state passate dallo scanner, man mano che sono state consegnate all'archivio) mentre le vecchie cartelle già archiviate secondo una modalità retrograda (cioè a marcia indietro oppure secondo le richieste di copia di cartella clinica da parte dell'utenza), in questo modo siamo arrivati progressivamente a riversare in formato elettronico le cartelle dei dimessi nell'anno.

Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 sono state "scannerizzate" 1.505 cartelle.

Evidentemente questa è una preziosa banca dati che costituisce un elemento di sicurezza e di tranquillità per la tenuta perenne della documentazione sanitaria anche a fronte di eventuali potenziali eventi esterni che potrebbero deteriorarla (furti, incendi, alluvioni ecc).

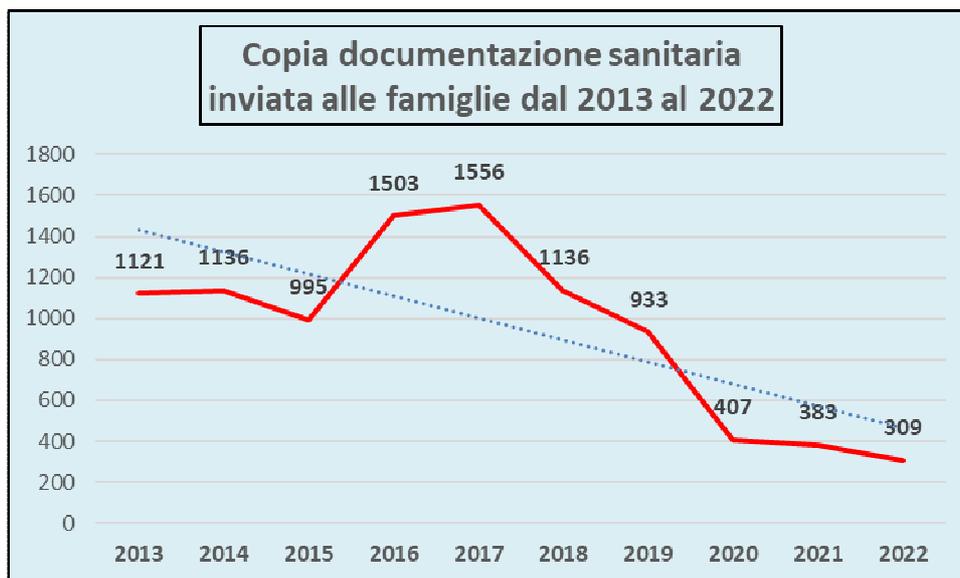
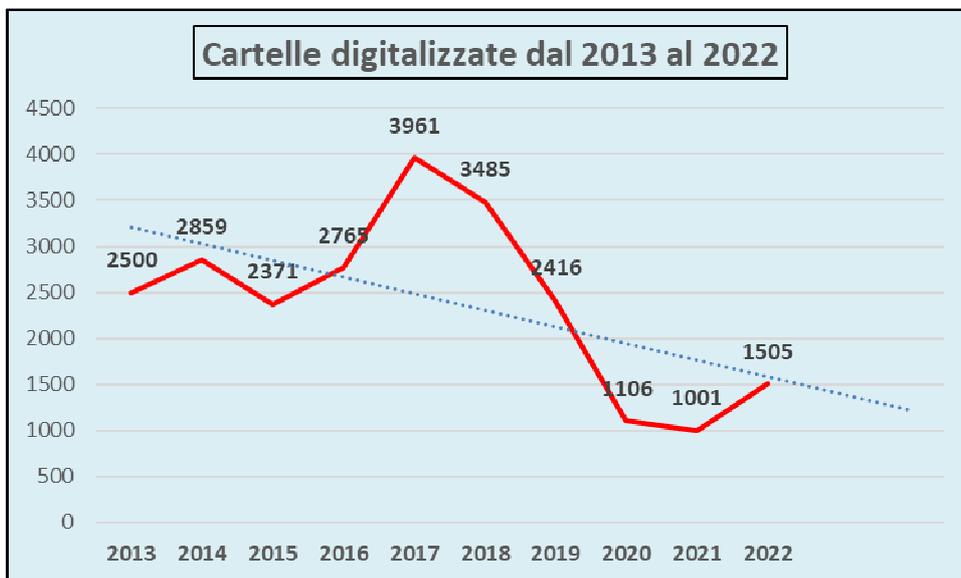
Un altro importante fattore di miglioramento della qualità organizzativa consiste nella possibilità di disporre rapidamente dei file contenenti il materiale clinico e così facilmente fruibile ed accessibile al personale interno autorizzato, che quotidianamente per motivi di assistenza o di ricerca fa richiesta di consultazione. A questo proposito è attivo un sistema informativo (SIS-SARC) attraverso il quale il professionista autorizzato dalla Direzione Sanitaria all'accesso, ha la possibilità di visionare in tempo reale (in sola lettura) tutta la documentazione sanitaria riprodotta in formato elettronico.

La movimentazione complessiva della documentazione clinica spedita alle famiglie nell'anno 2022 è pari a 309 cartelle che corrisponde al 7,3 % dei dimessi dell'anno; questo dato ci evidenzia come nel 2022 l'attività abbia subito una ulteriore flessione rispetto agli anni precedenti.

I tempi di attesa per l'invio delle copie delle cartelle cliniche alle famiglie che ne fanno richiesta, sono fortemente condizionati dai reparti clinici che spesso tardano ad inviare la cartella clinica in archivio dopo la dimissione del paziente e la chiusura, anche a causa dei ritardi di consegna di molti esami strumentali da parte di laboratori interni ed esterni; si riduce notevolmente l'attesa per la spedizione di cartelle cliniche già presenti in archivio al momento della richiesta, quindi subito disponibili per la copia, in questo caso i tempi medi di attesa si aggirano intorno ai 20 giorni dal momento della richiesta a quello della spedizione.

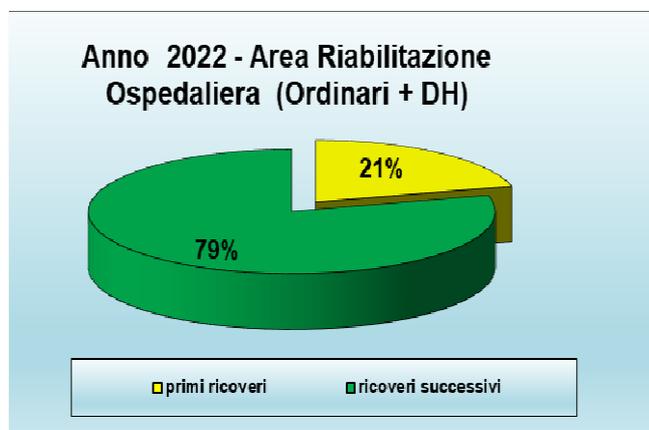
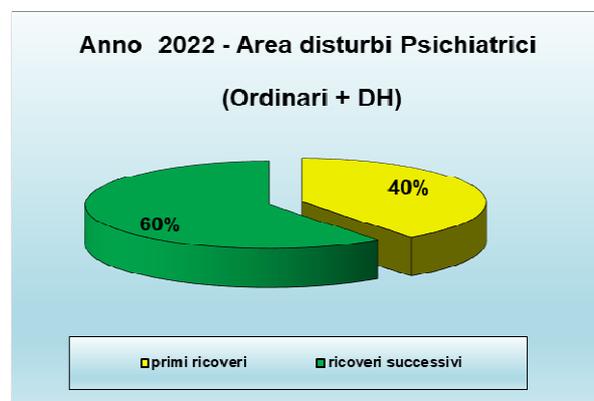
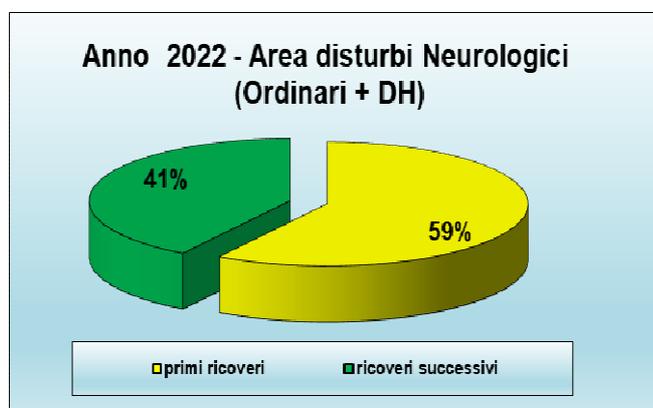
Dal 2019 è stato consolidato un sistema di trasmissione in formato elettronico della documentazione sanitaria, attraverso un file criptato con password generata in maniera specifica per gli aventi diritto.

Infine l'archivio continua la revisione e catalogazione di tutto il materiale contenuto nei fascicoli clinici, revisione che consente oltre alla mera registrazione anche la salvaguardia a fini medico legali, di ricerca e di pronta accessibilità per le famiglie richiedenti



C) CONTROLLO APPLICAZIONE PROCEDURE DI FOLLOW-UP

RAPPORTO TRA DEGENZE PERVENUTE ALLA STRUTTURA IN PRIMO ACCESSO E RICOVERI SUCCESSIVI AL PRIMO PER APPLICAZIONE DI PROCEDURE DI FOLLOW-UP



Sono stati classificati come “ricoveri successivi al primo” tutti i casi definiti come “controllo”, ma anche le degenze causate da patologie differenti dalle prime diagnosi o pazienti pervenuti alla struttura alla distanza di molti anni dalla prima degenza.

Indubbiamente le degenze di controllo per le patologie di cui sono affetti i nostri pazienti sono fondamentali per il mantenimento della presa in carico e soprattutto per il corretto follow-up di patologie che nella stragrande maggioranza dei casi sono invalidanti e ad evoluzione cronica/stabilizzata ed in cui l'unica variabile biologica oltre il percorso riabilitativo, è la fisiologica crescita e sviluppo del Sistema Nervoso Centrale di un organismo in accrescimento.

Presso il nostro ospedale i ricoveri diagnostici a cod. 33, successivi al primo, sono circa la metà del totale degli accessi, con una percentuale leggermente più elevata per quanto riguarda i ricoveri delle patologie Psichiatriche.

In particolare la percentuale è molto più elevata presso la UO1 di riabilitazione cod. 75.

Spesso questi malati, a causa della complessità clinica e assistenziale hanno grandi difficoltà ad accedere a modelli assistenziali diversi dalla degenza.

Tuttavia la struttura si impegna a mantenere sotto controllo, questo dato dei “ricoveri ripetuti”, intervenendo anche sulla gestione delle liste di attesa, per facilitare l'accesso di nuovi ricoveri, cercando dove possibile, di indirizzare le richieste di “prestazioni successive alla prima” verso prestazioni ambulatoriali o DH. Questa operazione è estremamente delicata perché deve rispettare il diritto del malato ad essere assistito, ed inoltre investe il dovere professionale ed etico dei sanitari di garantire la presa in carico ed il follow-up di questi pazienti cronici, rispettando le richieste delle famiglie e dei medici di base.

6) RISORSE UMANE: VALUTAZIONE

A) VALUTAZIONE PERIODICA DEL PERSONALE “PROGETTI OBIETTIVO”

La valutazione periodica del personale è condivisa con i lavoratori e le loro rappresentanze sindacali.

Dall'anno 2005 è stato istituito il sistema premiante dei lavoratori, concordato con le rappresentanze sindacali, (delibera del DCA n.6 del 2005), periodicità annuale, quale strumento di valutazione oggettiva del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e dell'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi aziendali connessi con progetti innovativi finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Pertanto la valutazione si avvale del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici anche ai fini della retribuzione di risultato e del premio incentivante.

Principi metodologici:

Raggiungimento di obiettivi generali e specifici

a) Obiettivi generali di produttività e qualità:

Produttività: superamento di obiettivi di budget di attività annuale, così come definiti nelle schede allegate al bilancio.

Qualità: esito positivo verifica per il mantenimento della Certificazione di qualità ISO 9001 acquisita dal 2006 e successive revisioni.

b) Obiettivi specifici di qualità e competitività:

Elaborazione di progetti di miglioramento, presentati dai singoli professionisti o da gruppi di lavoro individuati all'interno di specifiche macro aree di attività descritte nel documento attuativo del sistema premiante.

Si segnala come l'emergenza Covid dal 2020 abbia fatto slittare gli accordi con le rappresentanze sindacali relativi alla valutazione periodica dei lavoratori; pertanto non sono ancora riprese le contrattazioni per l'attivazione di nuovi progetti per il sistema premiante. Questa attività risulta ancora sospesa

B) BENESSERE ORGANIZZATIVO

B1) SODDISFAZIONE DELLE RISORSE INTERNE OPERATORI DELLA FONDAZIONE STELLA MARIS

Nella struttura è in uso la rilevazione della soddisfazione delle risorse interne annuale attraverso la somministrazione di un questionario a tutti i dipendenti dei vari presidi della Fondazione Stella Maris.

Nell'anno 2019 è stata effettuata la rilevazione dello Stress lavoro correlato, all'interno di un progetto aziendale realizzato in accordo con il RSPP ed il Medico Competente. Lo scopo del progetto è nato dalla volontà di verificare come viene vissuta la propria realtà lavorativa, ascoltando il punto di vista di tutte le persone che operano all'interno delle diverse strutture della Fondazione. L'obiettivo del progetto è stato quello di raccogliere informazioni sulla percezione di alcune variabili organizzative, utili all'implementazione di azioni volte al miglioramento di eventuali aree di criticità.

È stato utilizzato un questionario standardizzato (*"OCS Organizational Ceck – UP System"*) allo scopo di ottenere una misura oggettiva ed attendibile delle variabili esaminate, soprattutto di avere un valido benchmark con altre realtà organizzative italiane simili.

Ai fini dell'analisi dei dati sono stati individuati dei gruppi di rappresentazione del campione suddivisi per: Struttura di appartenenza, genere, tempo di permanenza nell'organizzazione, professionalità.

Nell'anno 2020, a causa delle limitazioni determinate dalla pandemia, (riduzione del personale in presenza al fine di evitare compresenze negli stessi ambienti lavorativi), non è stato possibile somministrare il questionario dedicato.

La rilevazione è stata riattivata dal 2021 e dopo la rilevazione del benessere organizzativo con *"OCS Organizational Ceck – UP System"*, la struttura ha deciso di riprendere la valutazione del clima interno portando a revisione il questionario già in uso negli anni precedenti.

È stato deciso di rilevare la soddisfazione del personale anche in relazione alla gestione avuta dalla struttura in merito all'emergenza da Covid-19, per questo motivo sono stati inseriti 3 item specifici, oltre a piccole variazioni negli item già presenti.

Come dato storico, si riporta di seguito nella seguente tabella la percentuale di partecipazione del personale per ciascuna sede.

	% Calambrone	% San Miniato	% Montalto
2013	71 %	100 %	97 %
2014	60%	100 %	65%
2015	47%	97%	88%
2016	43%	97%	94%
2017	57%	100%	100%
2018	41%	---- %	-----%
2019 (*)	26%	59%	34%
2020	Fermo rilevazione per Covid-19		
2021	69%	95%	----%
2022	32%	95%	94%

Si riporta di seguito il nuovo format di questionario:



IRCCS FONDAZIONE
STELLA MARIS

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELLE RISORSE INTERNE

Esprima il suo parere sulle seguenti affermazioni dando un valore quantitativo:

1 Totale Disaccordo 2 Disaccordo 3 Parziale Disaccordo 4 Accordo 5 Totalmente in Accordo

1 Gravemente Insufficiente 2 Insufficiente 3 Parzialmente Insufficiente 4 Appena Sufficiente 5 Ampiamente Adeguato

La nostra organizzazione per la sicurezza ambiente di lavoro (in riferimento alla prevenzione COVID)	1	2	3	4	5
	Totale Disaccordo	Disaccordo	Parziale Disaccordo	Accordo	Totalmente in Accordo
	Gravemente Insufficiente	Insufficiente	Parzialmente Insufficiente	Appena Sufficiente	Ampiamente Adeguato
1) E' soddisfatto delle misure di contenimento adottate dalla Azienda in questo periodo di emergenza Covid-19? (DPC-DPI, triage, ecc.)?					
2) E' soddisfatto delle misure di contenimento adottate dalla Azienda per la tenuta sotto controllo della Pandemia da Covid-19? (Screening tramite tamponi nasofaringeo/vaccinazioni)?					
3) Ritieni adeguata la modalità informativa su pandemia fornita dall'Azienda in questo periodo?					
4) Il sistema organizzativo nel suo complesso è soddisfacente					
5) Si identifica con le politiche e le strategie aziendali per questi obiettivi?					

Clima interno	1	2	3	4	5
	Totale Disaccordo	Disaccordo	Parziale Disaccordo	Accordo	Totalmente in Accordo
	Gravemente Insufficiente	Insufficiente	Parzialmente Insufficiente	Appena Sufficiente	Ampiamente Adeguato
6) Ritieni che il clima interno e la relazione fra i colleghi di lavoro sia positivo e vi sia una buona cooperazione					
7) Come valuta il suo ambiente di lavoro nel suo complesso					
8) Come ritieni siano i rapporti con la Direzione Clinica					
9) Come ritieni siano i rapporti con la Direzione Amministrativa					
10) Come ritieni siano i rapporti con la Direzione Sanitaria					

Valutazioni personali	1	2	3	4	5
	Totale Disaccordo	Disaccordo	Parziale Disaccordo	Accordo	Totalmente in Accordo
	Gravemente Insufficiente	Insufficiente	Parzialmente Insufficiente	Appena Sufficiente	Ampiamente Adeguato
11) Ti ritieni soddisfatto di essere un dipendente di questa Fondazione					
12) Ti capita di sentirti parte di una squadra					
13) Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Clinica					
14) Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Amministrativa					
15) Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Sanitaria					
16) Ritieni di conoscere gli strumenti di Indirizzo Clinico-terapeutico assistenziali in uso (Protocolli, Linee Guida ect).					
17) Ritieni di conoscere le principali procedure relative al Sistema di Gestione della Qualità in uso nella Fondazione					
18) Ritieni di conoscere le principali procedure relative alla Gestione del Rischio in uso nella Fondazione					
19) Hai la percezione del valore di quello che stai facendo					

Domande Aperte

20) Ci sono aspetti relativi al clima interno che non ti sembra siano stati presi in considerazione nelle domande precedenti? Se si puoi indicarli in estrema sintesi

Nel ringraziarla per la sua gentile collaborazione, Le ricordiamo che il presente questionario è utilizzato per il solo uso interno, nel rispetto dell'anonimato.

R 62 – Questionario soddisfazione risorse	Emesso SGQ il 27/10/2005	Rev. 5 del 21/12/2020	Approvato DIR
---	--------------------------	-----------------------	---------------

Nelle tabelle successive si riporta nel dettaglio la percentuale positiva raggiunta per ogni item e la percentuale di partecipazione dei professionisti, all'interno di ogni singola struttura organizzativa, compreso il settore Amministrativo, il Presidio ospedaliero separato dall'Istituto di Riabilitazione (IRC) che invece nel risultato della partecipazione per sedi è inserito nella sede di Calambrone; I dati raccolti nei primi 6 mesi del 2022 sono messi a confronto con i dati raccolti nel 2021, tranne che per la sede di Marina di Pisa che ha effettuato la rilevazione solo nel 2022;

Presidio Calambrone Ospedale (partecipazione 26%)		% positiva raggiunta	
		anni	
La nostra organizzazione per la sicurezza ambiente di lavoro (in riferimento alla prevenzione COVID)		2021	2022
1	E' soddisfatto delle misure di contenimento adottate dalla Azienda in questo periodo di emergenza da Covid-19? DPC-DPI, triage, ecc)?	83%	88%
2	E' soddisfatto delle misure adottate dalla Azienda per la tenuta sotto controllo della pandemia da Covid-19? Screening tramite tamponi nasofaringeo/vaccinazioni)?	92%	92%
3	Ritiene adeguata la modalità informativa fornita dall'Azienda in questo periodo?	82%	84%
4	Il sistema organizzativo è soddisfacente	76%	82%
5	Si identifica con le politiche e le strategie aziendali per questi obiettivi?	78%	82%
Clima interno			
6	Ritiene che il clima interno e la relazione fra i colleghi di lavoro sia positivo e vi sia una buona cooperazione	68%	68%
7	Come valuta il suo ambiente di lavoro nel suo complesso?	70%	76%
8	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Clinica	69%	64%
9	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Amministrativa	58%	60%
10	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Sanitaria	81%	79%
Valutazioni personali			
11	Ti ritieni soddisfatto di essere un dipendente di questa Fondazione	78%	76%
12	Ti capita di sentirti parte di una squadra	68%	69%
13	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Clinica	62%	61%
14	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Amministrativa	51%	55%
15	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Sanitaria	74%	77%
16	Ritieni di conoscere gli strumenti di Indirizzo Clinico-terapeutico assistenziali in uso (Protocolli, Linee Guida ect).	72%	70%
17	Ritieni di conoscere le principali procedure relative al Sistema di Gestione della Qualità in uso nella Fondazione	66%	64%
18	Ritieni di conoscere le principali procedure relative alla Gestione del Rischio in uso nella Fondazione	68%	67%
19	Hai la percezione del valore di quello che stai facendo	78%	79%

Presidio Calambrone IRC (partecipazione 74%)		% positiva raggiunta	
La nostra organizzazione per la sicurezza ambiente di lavoro (in riferimento alla prevenzione COVID)		anni	
		2021	2022
1	E' soddisfatto delle misure di contenimento adottate dalla Azienda in questo periodo di emergenza da Covid-19? (DPC-DPI, triage, ecc)?	89%	86%
2	E' soddisfatto delle misure adottate dalla Azienda per la tenuta sotto controllo della pandemia da Covid-19? (Screening tramite tamponi nasofaringeo/vaccinazioni)?	96%	81%
3	Ritiene adeguata la modalità informativa fornita dall'Azienda in questo periodo?	83%	83%
4	Il sistema organizzativo è soddisfacente	76%	74%
5	Si identifica con le politiche e le strategie aziendali per questi obiettivi?	82%	81%
Clima interno			
6	Ritiene che il clima interno e la relazione fra i colleghi di lavoro sia positivo e vi sia una buona cooperazione	69%	64%
7	Come valuta il suo ambiente di lavoro nel suo complesso?	63%	67%
8	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Clinica	73%	69%
9	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Amministrativa	75%	57%
10	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Sanitaria	85%	81%
Valutazioni personali			
11	Ti ritieni soddisfatto di essere un dipendente di questa Fondazione	77%	79%
12	Ti capita di sentirti parte di una squadra	65%	64%
13	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Clinica	67%	69%
14	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Amministrativa	65%	55%
15	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Sanitaria	76%	83%
16	Ritieni di conoscere gli strumenti di Indirizzo Clinico-terapeutico assistenziali in uso (Protocolli, Linee Guida ect).	80%	64%
17	Ritieni di conoscere le principali procedure relative al Sistema di Gestione della Qualità in uso nella Fondazione	75%	57%
18	Ritieni di conoscere le principali procedure relative alla Gestione del Rischio in uso nella Fondazione	75%	60%
19	Hai la percezione del valore di quello che stai facendo	80%	74%

Amministrativi Calambrone (partecipazione 63%)		% positiva raggiunta	
La nostra organizzazione per la sicurezza ambiente di lavoro (in riferimento alla prevenzione COVID)		anni	
		2021	2022
1	E' soddisfatto delle misure di contenimento adottate dalla Azienda in questo periodo di emergenza da Covid-19? (DPC-DPI, triage, ecc)?	85%	93%
2	E' soddisfatto delle misure adottate dalla Azienda per la tenuta sotto controllo della pandemia da Covid-19? (Screening tramite tamponi nasofaringeo/vaccinazioni)?	82%	96%
3	Ritiene adeguata la modalità informativa fornita dall'Azienda in questo periodo?	77%	84%
4	Il sistema organizzativo è soddisfacente	76%	86%
5	Si identifica con le politiche e le strategie aziendali per questi obiettivi?	74%	82%
Clima interno			
6	Ritiene che il clima interno e la relazione fra i colleghi di lavoro sia positivo e vi sia una buona cooperazione	53%	56%
7	Come valuta il suo ambiente di lavoro nel suo complesso?	65%	63%
8	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Clinica	68%	67%
9	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Amministrativa	62%	65%
10	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Sanitaria	71%	81%
Valutazioni personali			
11	Ti ritieni soddisfatto di essere un dipendente di questa Fondazione	78%	77%
12	Ti capita di sentirti parte di una squadra	55%	47%
13	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Clinica	62%	54%
14	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Amministrativa	52%	54%
15	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Sanitaria	60%	65%
16	Ritieni di conoscere gli strumenti di Indirizzo Clinico-terapeutico assistenziali in uso (Protocolli, Linee Guida ect).	38%	35%
17	Ritieni di conoscere le principali procedure relative al Sistema di Gestione della Qualità in uso nella Fondazione	44%	40%
18	Ritieni di conoscere le principali procedure relative alla Gestione del Rischio in uso nella Fondazione	47%	41%
19	Hai la percezione del valore di quello che stai facendo	68%	60%

Presidi di San Miniato (partecipazione % 95%)		% positiva raggiunta	
La nostra organizzazione per la sicurezza ambiente di lavoro (in riferimento alla prevenzione COVID)		anni	
		2021	2022
1	E' soddisfatto delle misure di contenimento adottate dalla Azienda in questo periodo di emergenza da Covid-19? DPC-DPI, triage, ecc)?	79%	79%
2	E' soddisfatto delle misure adottate dalla Azienda per la tenuta sotto controllo della pandemia da Covid-19? Screening tramite tamponi nasofaringeo/vaccinazioni)?	87%	85%
3	Ritiene adeguata la modalità informativa fornita dall'Azienda in questo periodo?	79%	78%
4	Il sistema organizzativo è soddisfacente	74%	71%
5	Si identifica con le politiche e le strategie aziendali per questi obiettivi?	72%	73%
Clima interno			
6	Ritiene che il clima interno e la relazione fra i colleghi di lavoro sia positivo e vi sia una buona cooperazione	51%	58%
7	Come valuta il suo ambiente di lavoro nel suo complesso?	61%	61%
8	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Clinica	67%	61%
9	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Amministrativa	67%	57%
10	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Sanitaria	67%	63%
Valutazioni personali			
11	Ti ritieni soddisfatto di essere un dipendente di questa Fondazione	78%	67%
12	Ti capita di sentirti parte di una squadra	68%	63%
13	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Clinica	68%	53%
14	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Amministrativa	72%	52%
15	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Sanitaria	69%	54%
16	Ritieni di conoscere gli strumenti di Indirizzo Clinico-terapeutico assistenziali in uso (Protocolli, Linee Guida ect).	62%	63%
17	Ritieni di conoscere le principali procedure relative al Sistema di Gestione della Qualità in uso nella Fondazione	56%	58%
18	Ritieni di conoscere le principali procedure relative alla Gestione del Rischio in uso nella Fondazione	58%	57%
19	Hai la percezione del valore di quello che stai facendo	75%	74%

Presidio di Marina di Pisa (partecipazione 94%)		% positiva raggiunta
La nostra organizzazione per la sicurezza ambiente di lavoro (in riferimento alla prevenzione COVID)		2022
1	E' soddisfatto delle misure di contenimento adottate dalla Azienda in questo periodo di emergenza da Covid-19? DPC-DPI, triage, ecc)?	81%
2	E' soddisfatto delle misure adottate dalla Azienda per la tenuta sotto controllo della pandemia da Covid-19? Screening tramite tamponi nasofaringeo/vaccinazioni)?	81%
3	Ritiene adeguata la modalità informativa fornita dall'Azienda in questo periodo?	81%
4	Il sistema organizzativo è soddisfacente	75%
5	Si identifica con le politiche e le strategie aziendali per questi obiettivi?	75%
Clima interno		
6	Ritiene che il clima interno e la relazione fra i colleghi di lavoro sia positivo e vi sia una buona cooperazione	71%
7	Come valuta il suo ambiente di lavoro nel suo complesso?	75%
8	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Clinica	85%
9	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Amministrativa	80%
10	Come ritiene siano i rapporti con la Direzione Sanitaria	86%
Valutazioni personali		
11	Ti ritieni soddisfatto di essere un dipendente di questa Fondazione	83%
12	Ti capita di sentirti parte di una squadra	76%
13	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Clinica	75%
14	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Amministrativa	76%
15	Senti che c'è una comunicazione efficace tra te e la Direzione Sanitaria	76%
16	Ritieni di conoscere gli strumenti di Indirizzo Clinico-terapeutico assistenziali in uso (Protocolli, Linee Guida ect).	74%
17	Ritieni di conoscere le principali procedure relative al Sistema di Gestione della Qualità in uso nella Fondazione	72%
18	Ritieni di conoscere le principali procedure relative alla Gestione del Rischio in uso nella Fondazione	74%
19	Hai la percezione del valore di quello che stai facendo	

B2) ATTIVITA' FORMATIVA AZIENDALE

La politica aziendale per la qualità della formazione continua

L'IRCCS Stella Maris, ha acquisito con accreditamento regionale toscano la funzione di Provider della formazione continua, in base a quanto stabilito dalla normativa Nazionale e Regionale in materia.

Il mantenimento di tale funzione è subordinato alla conservazione di tutti i requisiti previsti dalla normativa di riferimento, elencati nella Delibera n.1306 del 21-11-2022-Allegato-2.

La valutazione dei requisiti, come espressi nelle singole procedure, consentirà all'Ente Accreditante della Regione Toscana di verificare la compatibilità e l'affidabilità dell'Azienda.

L'IRCCS Stella Maris, garantisce la conformità delle procedure ai requisiti previsti.

Il Dipartimento di Formazione assicura la politica di Qualità nella formazione continua attraverso indirizzi generali, strategie e comportamenti adottati dall'Azienda.

Gli obiettivi strategici necessari per il raggiungimento degli standard qualitativi e quantitativi, dichiarati nel Piano Formativo Annuale (PAF), vengono comunicati a tutti i livelli aziendali in maniera trasparente e collaborativa.

L'IRCCS, garantisce la qualità dell'offerta formativa attraverso un'analisi dei bisogni formativi rispettosa delle esigenze e delle aspettative dei professionisti.

La Formazione Continua (FC) del personale rappresenta una funzione strategica e di supporto alla Direzione Aziendale nei processi d'innovazione gestionale, organizzativa, specialistica.

La FC deve assolvere a due principali compiti:

1) Migliorare le competenze tecniche, manageriali e comportamentali degli operatori "con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata" (art.16 bis DLgs 229/99 (Formazione al ruolo o gestionale e organizzativa), e si avvale di Responsabili Scientifici che assicurano, nella stesura dei progetti formativi, l'inserimento di contenuti scientifici attuali, utili al mantenimento ed al miglioramento delle performance.

2) Adeguare in tutto l'arco della vita professionale le conoscenze specifiche (formazione specialistica o aggiornamento professionale)

La formazione si distingue in Formazione Aziendale (o gestionale e organizzativa) e Formazione Specialistica (o aggiornamento professionale).

Con la Formazione Aziendale (o gestionale e organizzativa), l'IRCCS tende a creare una base comune di conoscenze tra gli operatori; in altri termini a sviluppare una cultura condivisa, capace di aggregare e motivare il personale verso obiettivi di miglioramento.

Con la Formazione specialistica l'IRCCS si pone l'obiettivo di fornire il necessario supporto "tecnico professionale" al miglioramento continuo della qualità, garantendo lo sviluppo ed il perfezionamento delle specifiche professionalità.

La Formazione specialistica si distingue in aggiornamento professionale e formazione professionale propriamente detta. L'aggiornamento professionale privilegia l'ottica comune relativa alla specializzazione dell'IRCCS e cioè la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza come accrescimento di conoscenze.

Le due esigenze suddette costituiscono la base della nostra formazione specialistica.

Il piano formativo annuale viene realizzato nell'anno precedente a quello di vigenza del piano, su indicazione delle Direzioni sentite le esigenze dei professionisti, attraverso la compilazione delle schede di rilevazione del fabbisogno formativo.

Si riporta di seguito un resoconto dell'attività formativa effettuata nell'anno 2022

Resoconto sulla attività Formativa Continua dell'anno 2022				
Eventi programmati anche NON ECM sul Piano di Formazione 2022	Eventi realizzati (anche NON ECM)	% Eventi realizzati/programmati	% Soglia di accettabilità indicata sul piano	
55	40	72,73%	50,0%	
Eventi realizzati non ECM	% Eventi realizzati non ECM/eventi totali realizzati	Eventi sponsorizzati ECM	Eventi realizzati non previsti nel Piano	Eventi accreditati per conto di altro soggetto
21	47,7%	0	4	0
Totale eventi realizzati (ECM + non ECM) 44				

Elementi di valutazione qualitativa	
Eventi multiprofessionali realizzati	% Eventi multiprofessionali/eventi totali realizzati
40	90,9%
eventi FSC	% eventi FSC /eventi realizzati
10	22,7%
eventi FAD	% eventi FAD /eventi realizzati
20	45,5%

7) GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA

A) SERVIZI INTERNI

NON CONFORMITÀ

La **non conformità** è il mancato soddisfacimento di un requisito, cioè di un'esigenza o aspettativa che può essere espressa, implicita o cogente.

Si differenzia dal difetto, che è il mancato soddisfacimento di un requisito attinente ad un utilizzo specificato.

Le non conformità possono riferirsi al prodotto, al sistema, ad un processo o ad una procedura.

L'analisi di queste consente di rilevare la presenza delle criticità allo scopo di poter intervenire successivamente con azioni correttive ai fini del miglioramento continuo di qualità.

A tale scopo dal 2006 è stata adottata nella struttura la procedura Aziendale "PO-83 gestione delle Non Conformità", che descrive le modalità operative necessarie alla rilevazione delle Non conformità.

Purtroppo ancora oggi tale rilevazione appare di difficile realizzazione, anche se negli anni passati sono stati compiuti diversi interventi correttivi per facilitarne la messa in opera sempre nello spirito del Miglioramento Continuo di Qualità.

L'ultima modifica apportata alla procedura diversifica il trattamento delle non conformità in base all'importanza:

- 1) Non Conformità Maggiore e/o Grave
- 2) Non Conformità Minore

Nel primo caso (Non Conformità Maggiore e/o Grave), la gestione è affidata direttamente ai vari responsabili che individuano anche i trattamenti necessari, mentre nel secondo caso, (Non conformità Minori) è prevista la raccolta da parte del referente di qualità, che si limita alla sola rilevazione ai fini dell'analisi successiva.

Tipologia delle non conformità

Per favorire l'analisi allo scopo della individuazione delle criticità, le Non Conformità, sono state suddivise in 5 raggruppamenti più rappresentativi:

- a) Relativo alle procedure di prenotazione, accettazione e dimissione
- b) Relativo alle procedure organizzative di degenza
- c) Relativo ai servizi esterni
- d) Relativo alle procedure organizzative-burocratiche
- e) Relative alle procedure organizzative dei servizi generali

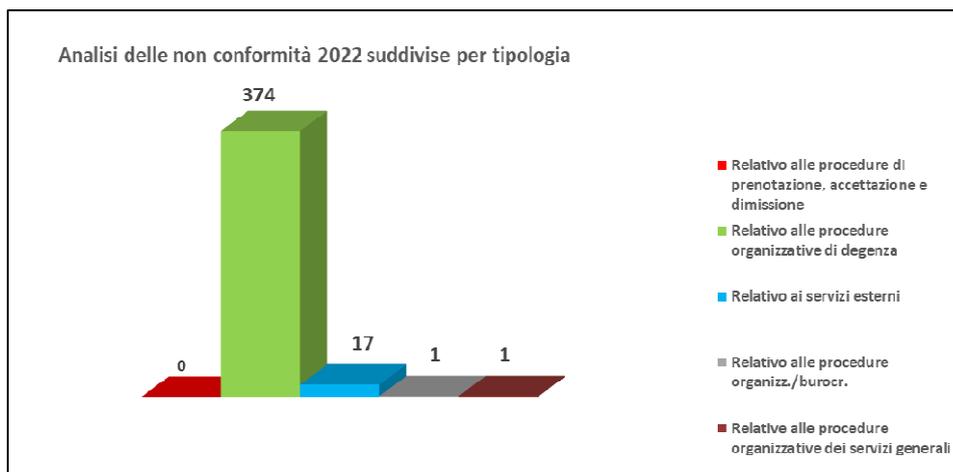
Nel corso dell'anno 2022 sono state rilevate 393 non conformità.

Nella tabella1 e nel grafico1 sono riportate le NC suddivise per raggruppamenti;

Tabella 1. Raggruppamenti delle non conformità - anno 2022

	Relativo alle procedure di prenotazione, accettazione e dimissione	Relativo alle procedure organizzative di degenza	Relativo ai servizi esterni	Relativo alle procedure organizz./burocr.	Relative alle procedure organizzative dei servizi generali	totali
2022	0 0,0%	374 95,2%	17 4,3%	1 0,3%	1 0,3%	393,00

Grafico1. Analisi delle non conformità 2022 suddivise per tipologia



Nella tabella 2 e nel grafico successivo è stato riportato l'elenco dei servizi/ditte esterne e delle strutture organizzative interne che hanno ricevuto una o più NC nel corso dell'anno 2022;

Tabella 2: Strutture organizzative e/o ditte esterne che hanno ricevuto le non conformità

STRUTTURA ORGANIZZATIVA	QUANTITA'	%
Psichiatria dello Sviluppo (UO 3)	127	32,3%
Neurologia dello Sviluppo (UO 1 A)	116	29,5%
Neurologia dello Sviluppo (UO 1 B)	66	16,8%
Psichiatria e Psicofarmacologia (UO 2)	40	10,2%
Servizio di Ristorazione	14	3,6%
UDGE - (UO 1- cod. 75)	8	2,0%
Neurologia dello Sviluppo (UO 1 D)	7	1,8%
Neurologia dello Sviluppo (UO 1 C)	6	1,5%
Montalto RSD-IRM	4	1,0%
SOGESI	3	0,8%
Formazione	1	0,3%
Affari generali	1	0,3%
Totale	393	100,0%

Da quanto riportato nella tabella 1 *non conformità suddivise per raggruppamenti* e nella tabella 2, *elenco delle NC suddivise per Servizi e Strutture che l'hanno determinata in conseguenza di un mancato rispetto di procedure o modalità previste*, si evidenzia che,

- Il 95,2 % è a carico delle procedure organizzative di degenza
- Il 4,3 % è a carico dei servizi esterni
- Lo 0,6% delle NC è a carico delle procedure organizzative dei servizi generali

Analizzando i dati così raccolti si evidenzia che:

Le maggior parte delle NC assegnate (circa 95%), si riferiscono alle procedure organizzative di degenza, ovvero riguardano la mancata osservanza delle regole organizzative relative alla gestione delle attività.

Il restante 2 % riguarda:

- I servizi esterni (4,3%), riferendosi pertanto al mancato o incompleto rispetto di quanto richiesto, questa rilevazione viene inserita anche nella valutazione dei fornitori
- le NC delle procedure organizzative burocratiche e le procedure dei servizi generali (0,6%).

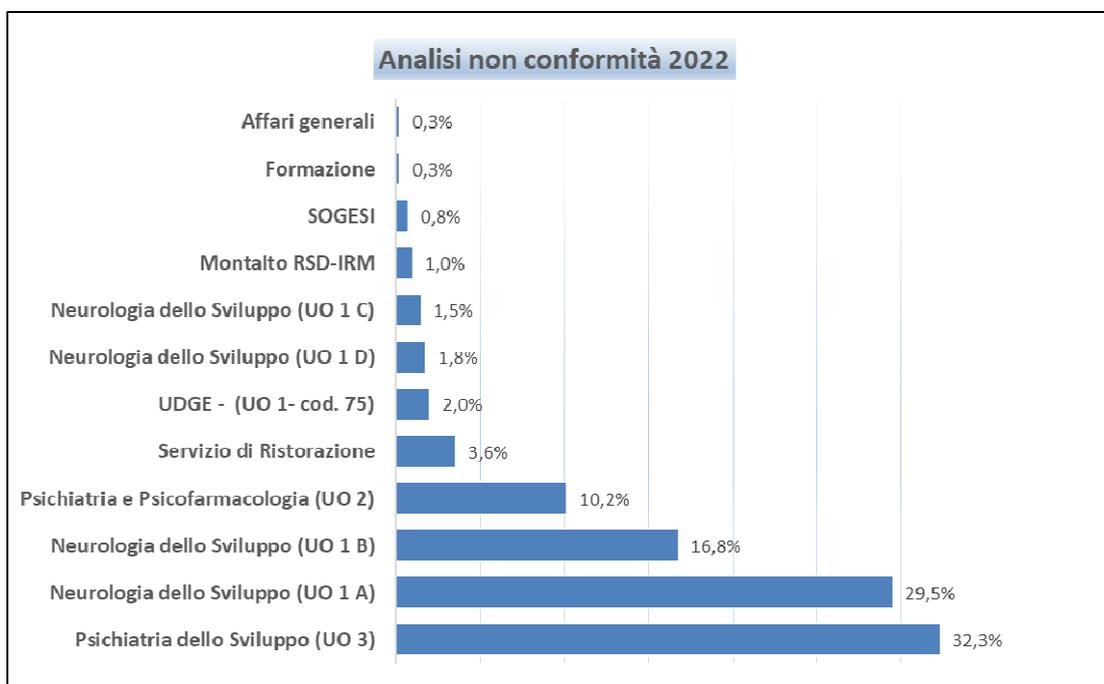
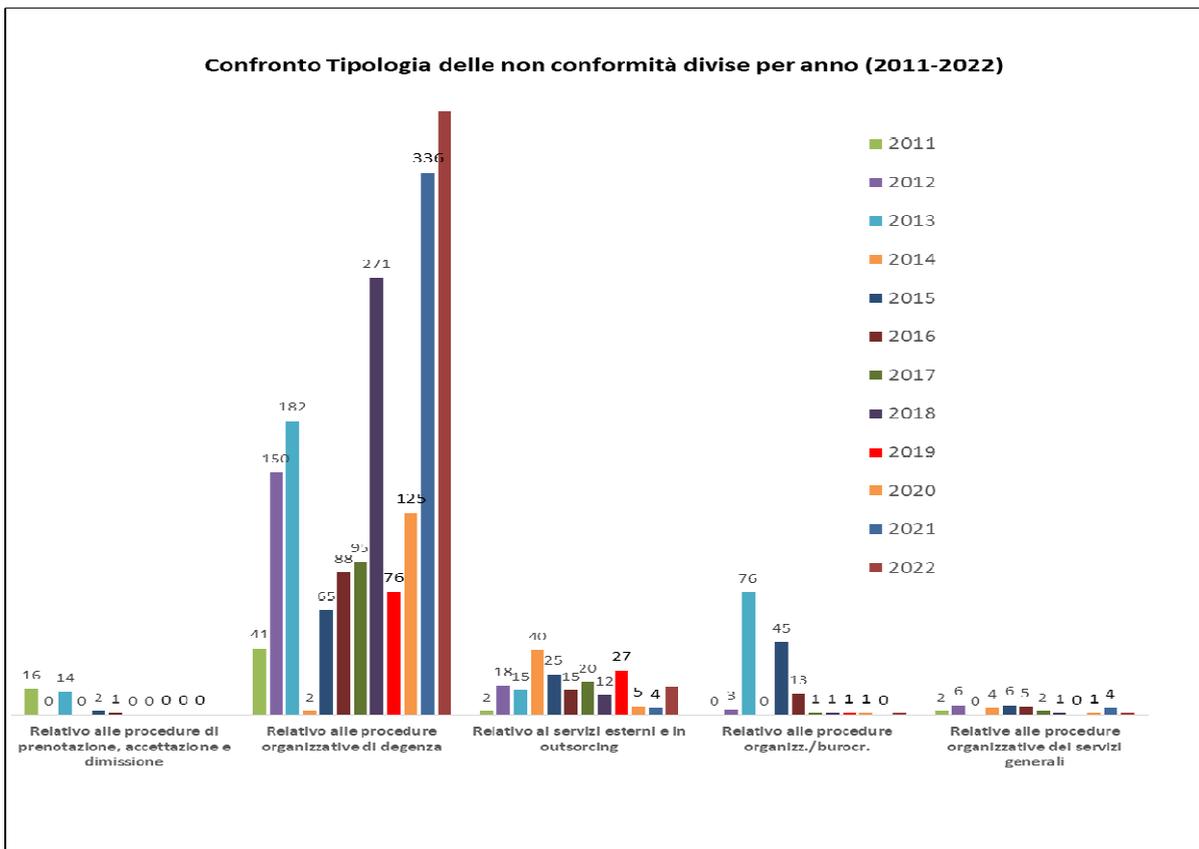
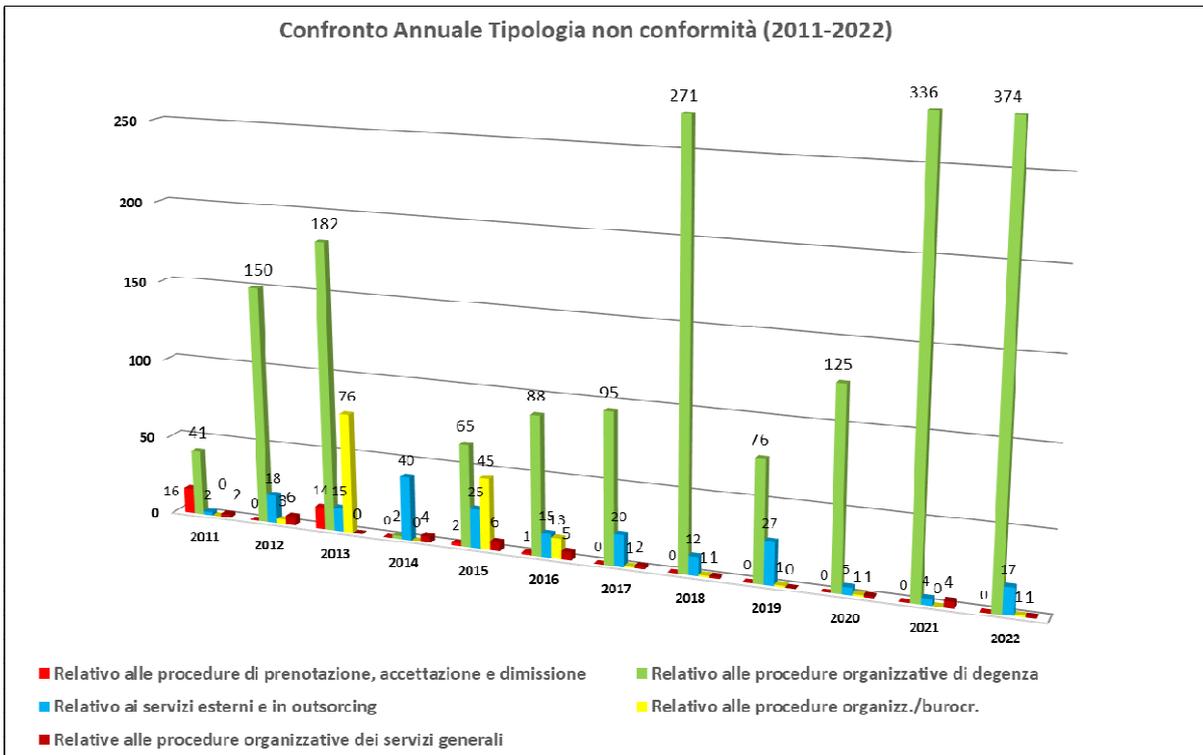


Tabella 3 Non Conformità rilevazione annuale Confronto con gli anni precedenti 2011-2022

Non Conformità rilevazione annuale						
anno	Relativo alle procedure di prenotazione, accettazione e dimissione	Relativo alle procedure organizzative di degenza	Relativo ai servizi esterni e in outsourcing	Relativo alle procedure organizz./burocr.	Relative alle procedure organizzative dei servizi generali	totali
2011	16 26%	41 67%	2 3%	0 0%	2 3%	61
2012	0 0%	150 85%	18 10%	3 2%	6 3%	177
2013	14 5%	182 63%	15 5%	76 26%	0 0%	287
2014	0 0%	2 4%	40 87%	0 0%	4 9%	46
2015	2 1%	65 45%	25 17%	45 31%	6 4%	143
2016	1 1%	88 72%	15 12%	13 11%	5 4%	122
2017	0 0%	95 81%	20 17%	1 1%	2 2%	118
2018	0 0%	271 95%	12 4%	1 0,4%	1 0,4%	285
2019	0 0%	76 73%	27 26%	1 1%	0 0%	104
2020	0 0%	125 95%	5 4%	1 1%	1 1%	132
2021	0 0%	336 98%	4 1%	0 0%	4 1%	344
2022	0 0,0%	374 95,2%	17 4,3%	1 0,3%	1 0,3%	393



Le Non Conformità si suddividono in “Maggiori” o “Minori”, sulla base della gravità con cui la criticità interferisce sul processo creando difficoltà e ritardi nello svolgimento delle attività.

Nella tabella successiva riportiamo la valutazione economica, un confronto degli anni 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022, prendendo in considerazione solo la classificazione delle Non Conformità che ha ricevuto il maggior numero.

Anno	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Classificazione N.C.	Servizi esterni	Organizzative di degenza							
Quantità	40	65	88	95	271	76	125	336	374
Costo	2.880,00	4.680,00	6.336,00	6.840,00	19.512,00	5.472,00	9.000,00	24.192,00	26.928,00

La valorizzazione è la stessa di quella degli anni precedente, ad ogni Non Conformità assegnata è stato ipotizzato un costo unico del personale di euro 72,00, senza prendere in considerazione la diversa tipologia della N.C. (maggiore e minore).

Si tratta di una modalità di valorizzazione molto generica e solamente indicativa, anche perché la gestione delle N.C. e pertanto il costo delle stesse, presenta diverse variabili e interessa oltre al personale amministrativo e di segreteria che deve essere impegnato a controllare e stimolare al più presto la risoluzione, anche i diversi profili professionali che hanno subito la criticità.

Come per gli anni precedenti l'attività di rilevazione delle non conformità evidenzia ancora il persistere della mancata consapevolezza di una parte dei professionisti nell'assegnazione delle Non Conformità, tale atteggiamento oltre a non mettere in evidenza le problematiche presenti, condiziona l'attendibilità dell'analisi.

È certo che una corretta gestione di tutte le segnalazioni, (rilevazione delle Non Conformità), rappresenterebbe un grande aiuto per una Struttura come la Fondazione stella Maris e fornirebbe l'opportunità per la risoluzione e il miglioramento delle criticità, o quanto meno delle situazioni considerate a rischio, con un evidente beneficio sul clima aziendale, nei rapporti con gli utenti e con i fornitori, ottenendo probabilmente in alcuni casi una sensibile riduzione sui costi.

Si prevede per il futuro di riuscire ad attivare un ulteriore percorso di sensibilizzazione di tutti i professionisti, affinché questo strumento possa essere utilizzato da tutti come una crescita professionale e culturale e non come una mera rilevazione "negativa" sul proprio operato.

B) SERVIZI ESTERNI

VALUTAZIONE DEI FORNITORI

La valutazione dei fornitori per le strutture sanitarie assume un'importanza fondamentale in quanto ricopre sempre di più, un ruolo determinante nella composizione del prodotto offerto al paziente e di conseguenza contribuisce al miglioramento di qualità nell'erogazione del servizio.

Inoltre fa parte dei requisiti obbligatori delle normative in uso, Accreditemento Istituzionale Toscano e ISO 9001.

Per questi motivi, la struttura ha introdotto la messa in atto del sistema di valutazione monitoraggio dei propri fornitori;

L'obiettivo principale della valutazione è quello di giudicare la performance e individuare le aree di miglioramento dei fornitori/servizi al fine di favorirne la crescita qualitativa.

La realizzazione del sistema di valutazione dei fornitori all'interno della struttura, è governata da una procedura aziendale che definisce le operazioni e le responsabilità per la messa in atto dei monitoraggi sulle attività e sui servizi forniti da ditte e/o professionisti esterni.

Per fornitore s'intende il professionista che pur essendo esterno alla struttura ne eroga prestazioni secondo specifici accordi/contratti.

Rientrano nella categoria dei fornitori anche i professionisti collaboratori con contratti libero professionali, in quanto fornitori di prestazione intellettuale e come tale devono rientrare negli schemi valutativi.

La valutazione dei professionisti è effettuata dal Dirigente Responsabile della Struttura Organizzativa di afferenza. Il Dirigente trasmette all'Ufficio Personale, la scheda di valutazione compilata, entro e non oltre il terzo mese dalla data di inizio dell'attività.

Nella procedura sono stati descritti i criteri per la selezione dei fornitori da monitorare e valutare, in particolare, i fornitori in outsourcing, i fornitori di materiali o servizi particolarmente significativi per i degenti, i fornitori che hanno un budget annuale particolarmente elevato e, tutti quei servizi che, per contratto hanno il controllo di sistemi impiantistici primari che influiscono decisamente sulle attività quotidiane diurne e notturne.

Il sistema di valutazione è stato strutturato individualmente per ogni Presidio e o Struttura Organizzativa, *Presidio di Marina di Pisa (IRM-RSD)*, *Presidio di Casa Verde* (Struttura riabilitativa e centro Diurno), *Presidio di Calambrone* (IRC e Struttura Ospedaliera).

Per ogni Struttura sono stati individuati tutti i fornitori, di questi sono stati indicati i più rilevanti e fra quest'ultimi sono poi stati scelti quelli effettivamente inseriti nel sistema di valutazione.

METODOLOGIA DELLA VALUTAZIONE

L'analisi si suddivide in due aspetti fondamentali:

1. Qualifica dei Fornitori;
2. Monitoraggio Fornitori.

1. Qualifica – Elenco di tutti i fornitori;

1a. Elaborazione dell'elenco totale dei fornitori suddiviso per presidi;

1b. Per ogni presidio vengono individuati i fornitori ritenuti rilevanti e/o critici;

1c. Dalla lista dei fornitori ritenuti rilevanti e/o critici vengono individuati quelli da tenere sotto controllo;

La scelta dei fornitori inseriti nel sistema di valutazione si basa sul criterio di rilevanza della prestazione o materiale fornito come fondamentale allo svolgimento delle attività svolte in tutte le sedi della Stella Maris.

2. Monitoraggio – è effettuato tramite i criteri pre-definiti:

Fornitori di Materiali e Servizi: per ogni singola ditta/fornitore inserita nel sistema di controllo, è predisposta una scheda di monitoraggio da compilarsi con cadenza riferita alla continuità della prestazione (mensile, semestrale, annuale).

A scopo rappresentativo, si riportano nella tabella successiva i fornitori più rilevanti corredati della tipologia del servizio offerto.

Nome Fornitore	Tipologia della fornitura
AFEA	Assistenza programma gestione attività
Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer	Forniture sanitarie
Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana	Forniture sanitarie
Bianucci Service	Manutenzione dispositivi medici
BM COSTRUZIONI	Edilizia
Campera impianti SRL	Climatizzazione
Colser servizi SCRL	Appalt pulizie
Diametra S.R.L	Consumabili per laboratorio
Elettrotecnica Rosi SRL	Impianti elettrici
Esaote- Fuji	Assistenza programma ecc
GE Medical Systems Italia SPA	Manutenzione RM 1,5 T
JEOL (ITALIA) SPA	Consumabili per laboratorio
LIFE Technologies Italia (ex Applied)	Consumabili per laboratorio
METTLER-TOLEDO SpA	Consumabili per laboratorio
PC Sistem	Fornitura CP ecc
Pubblica Assistenza litorale pisano	Trasporto pazienti
Roche Diagnostics SPA	Consumabili per laboratorio
Sarsted srl	Consumabili per laboratorio
Toscana FULL SERVICE (Ristorazione)	Appalto ristorazione
Sigma Aldrich SRL	Consumabili per laboratorio
SO.GE.SI.	Forniture per biancheria
STACCHINI	Forniture carburanti GPL - Gasolio
Taccini Claudio	Riparazioni termoidrauliche
Tecknoservice S.N.C. di F. Ciuti & C.	Materiale informatico
TECNOGAS	Gas Medicali
Telecom Italia SPA	Utenze telefoniche
TRII Technologies	Materiale informatico
ZETA UFFICIO	Cancelleria

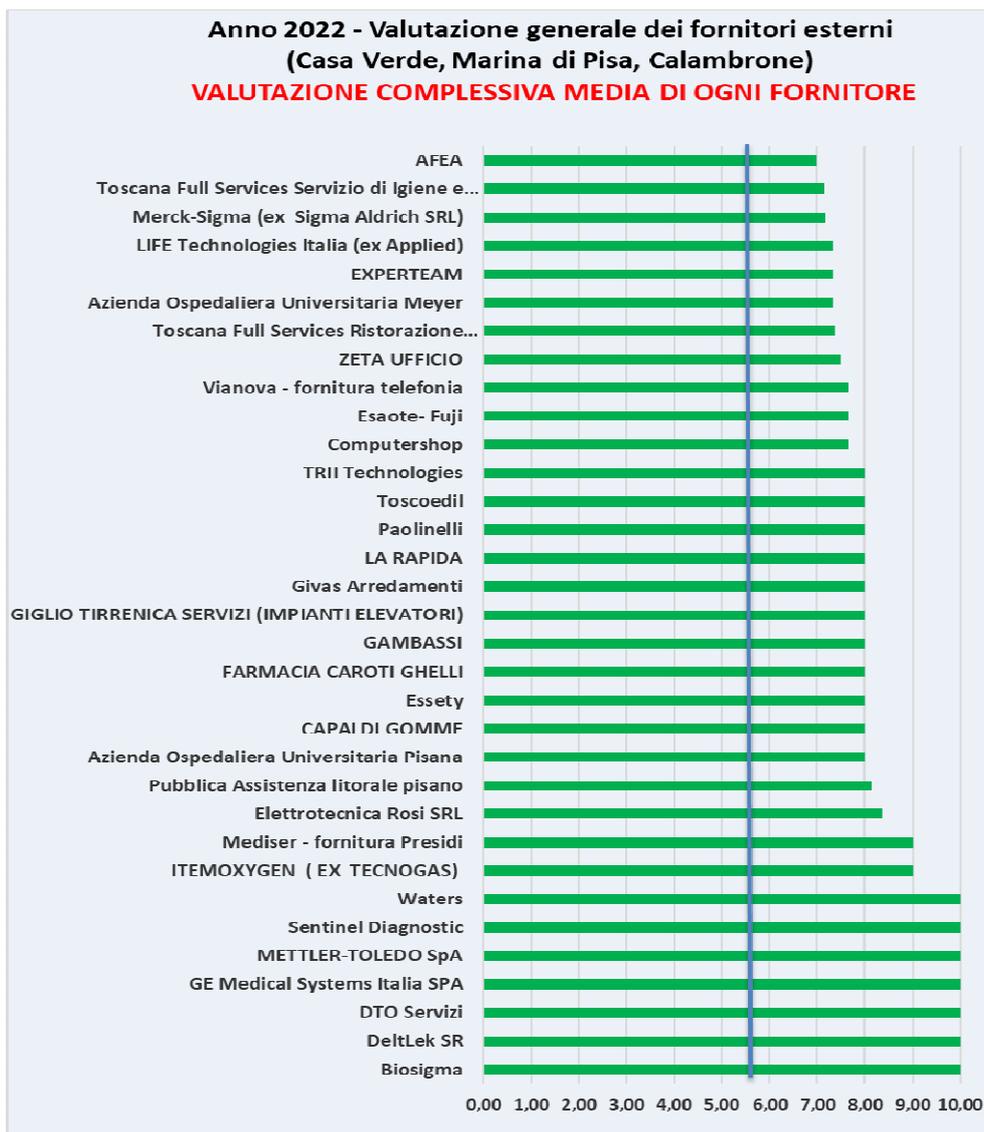
Nella valutazione vengo valutati i seguenti aspetti:

- a) Qualità del Servizio,
- b) Rispetto Tempi Contrattuali,
- c) Gestione Emergenze richieste dall'Ente.

La valutazione è espressa in numeri: da 6 a 10 = SI- sufficiente; da 0 a 5 = NO insufficiente.

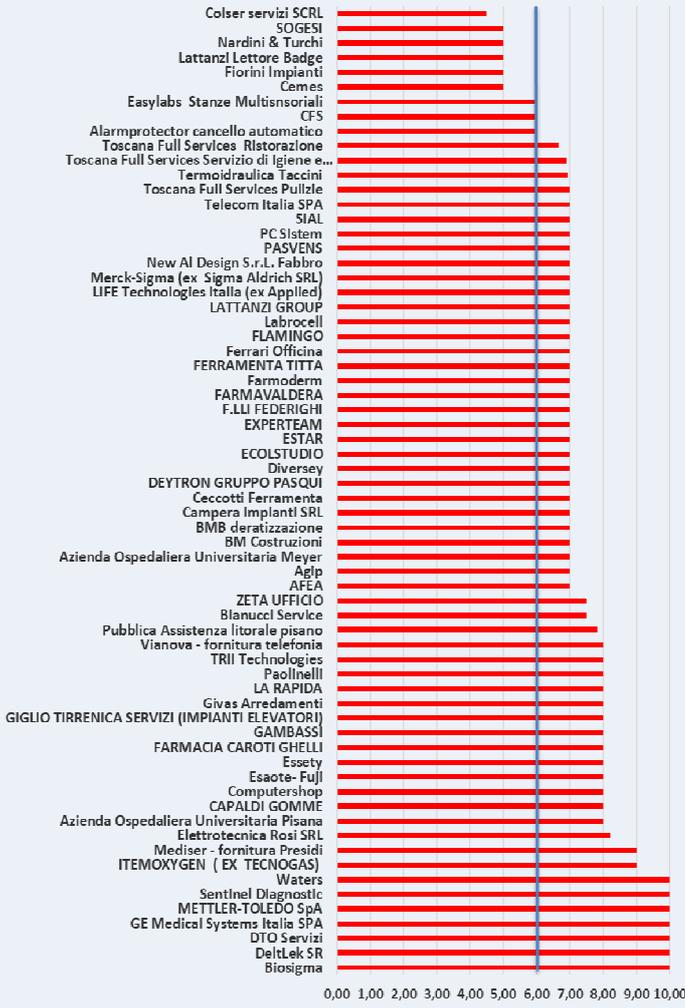
La media dei tre risultati ottenuti rappresenta la valutazione complessiva di ogni fornitore.

Nel caso di 3 valutazioni consecutive insufficienti o di una con voto minore di 4, gravemente insufficiente, è necessario comunicare tramite Non Conformità alla Ditta per eventuale azione correttiva. Nei grafici successivi sono riportati i risultati della valutazione generale (Presidi accorpati) dei fornitori dell'anno 2022



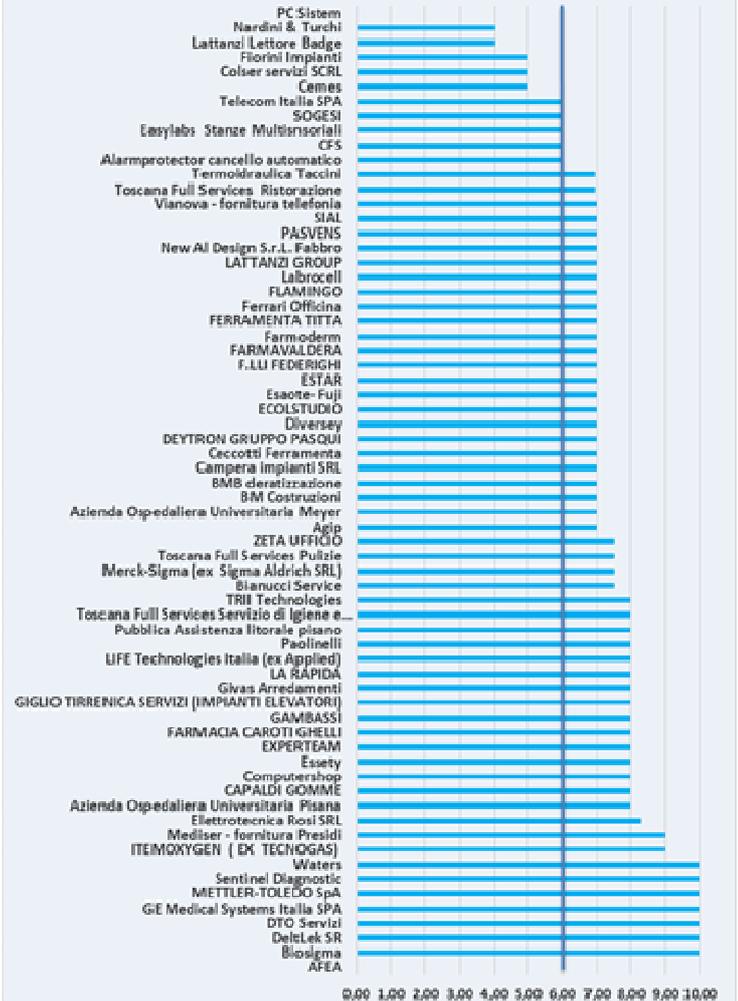
Anno 2022- Valutazione generale dei fornitori esterni
(Casa Verde, Marina di Pisa, Calambrone)

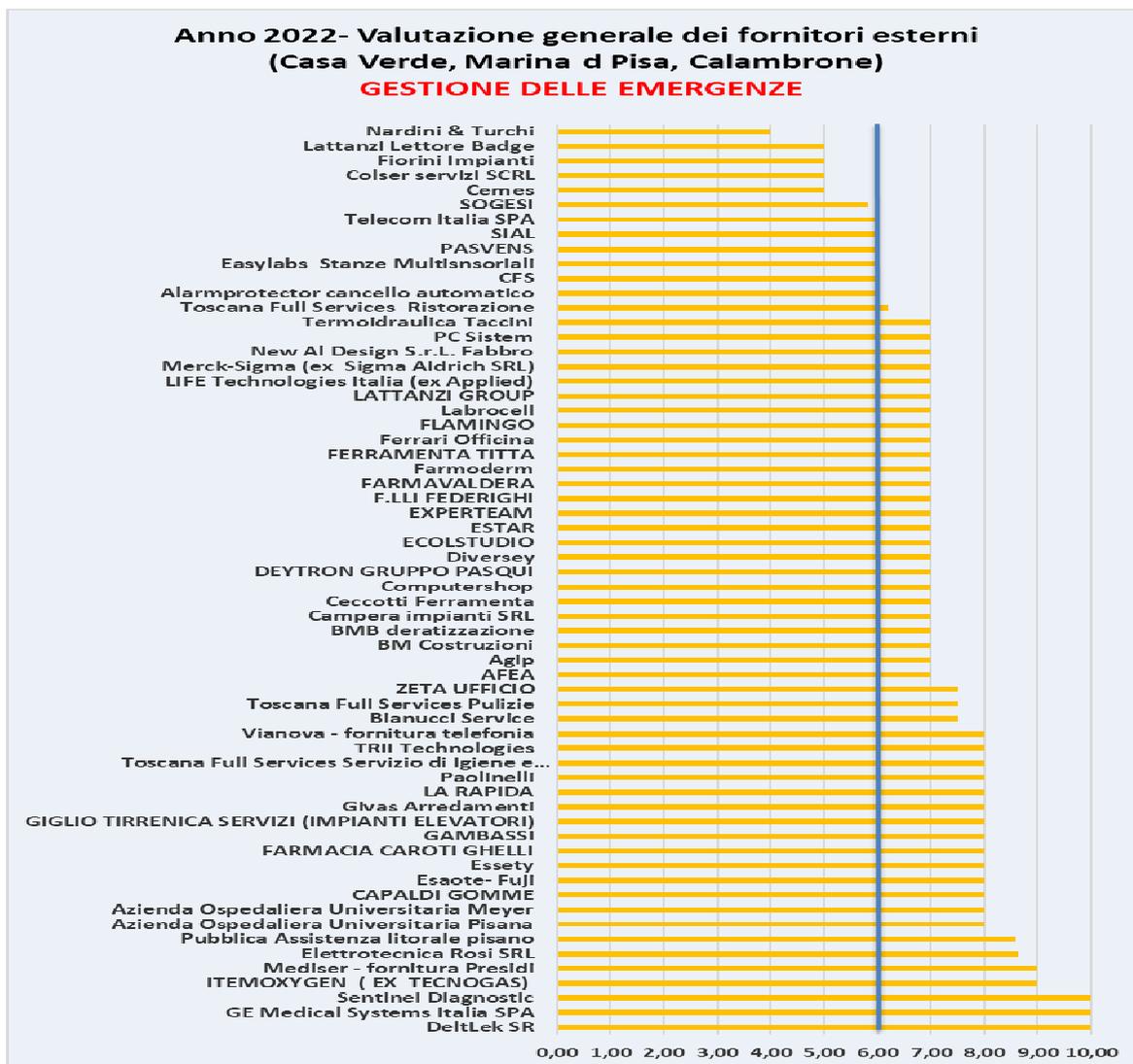
QUALITA' DEL SERVIZIO



Anno 2022- Valutazione generale dei fornitori esterni
(Casa Verde, Marina di Pisa, Calambrone)

RISPETTO TEMPI CONTRATUALI





La scheda di verifica deve essere compilata:

- Una volta al mese, per i fornitori che svolgono un servizio continuativo (es ristorazione pulizia ecc...)
- Una tantum in occasione dell'espletamento del servizio nei casi di approvvigionamento di servizi o prestazioni saltuarie (es forniture gestioni impianti, manutenzioni ecc...)

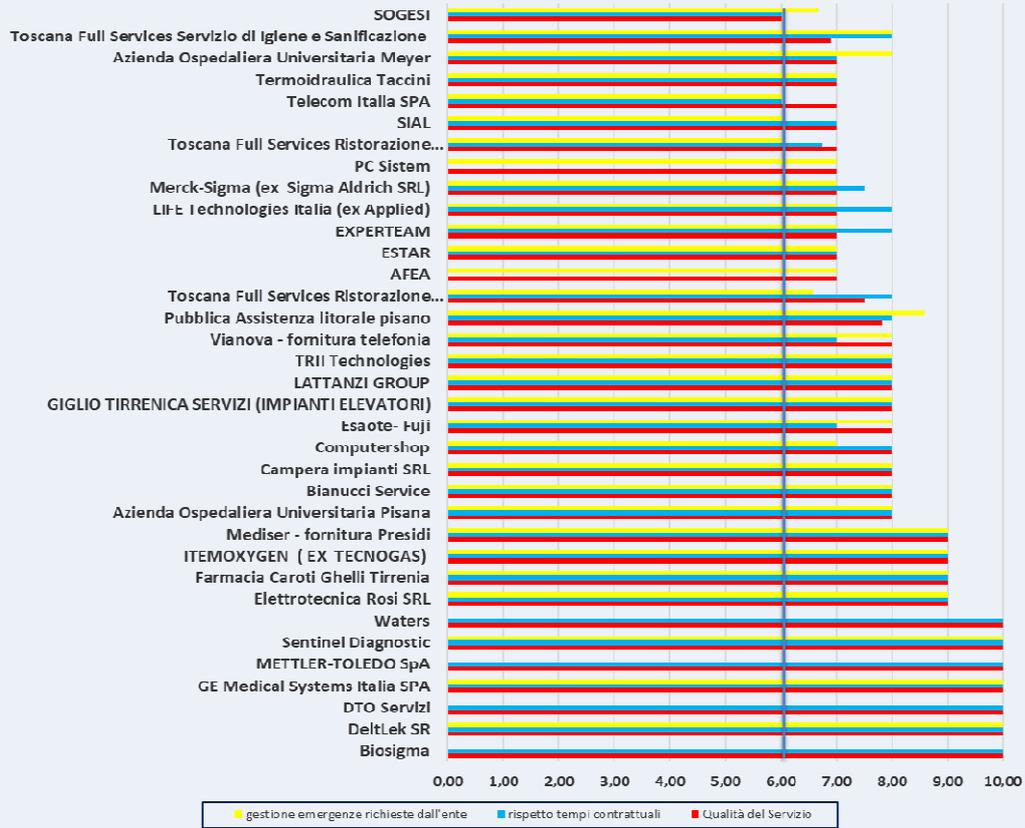
Ogni ufficio/professionista individuato per la verifica, dopo aver completato i report per l'anno solare in corso completa il monitoraggio con la stesura di un rapporto annuale e lo inoltra al responsabile della Qualità ed all'ufficio dedicato per la raccolta dati.

Il rapporto riepilogativo permetterà di capire se i fornitori ai quali sono affidati i servizi rispettano o no i requisiti qualitativi stabiliti oppure se emergano inadempienze o criticità di un servizio in outsourcing.

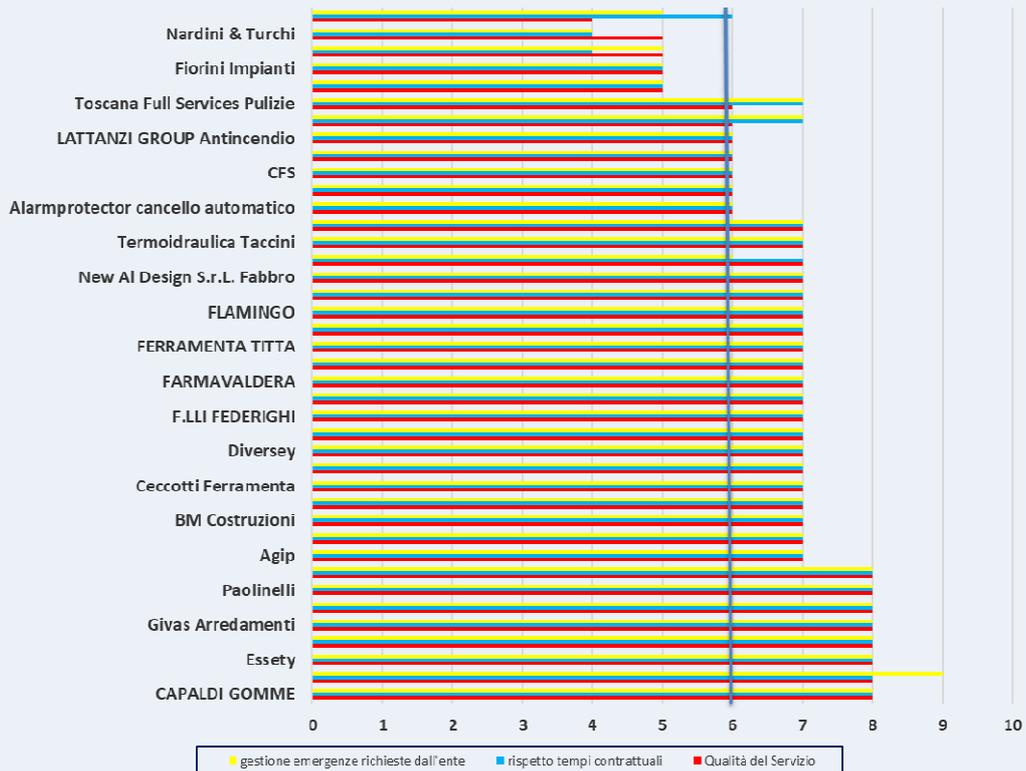
L'analisi dei rapporti annuali di ogni fornitore è discussa all'interno del riesame di Direzione ai fini della classificazione dei fornitori nel gruppo di idoneità o di non idoneità; l'analisi risulta indispensabile per la messa in atto delle misure correttive che nei casi gravi, potranno prevedere anche la sostituzione dell'affidatario del servizio.

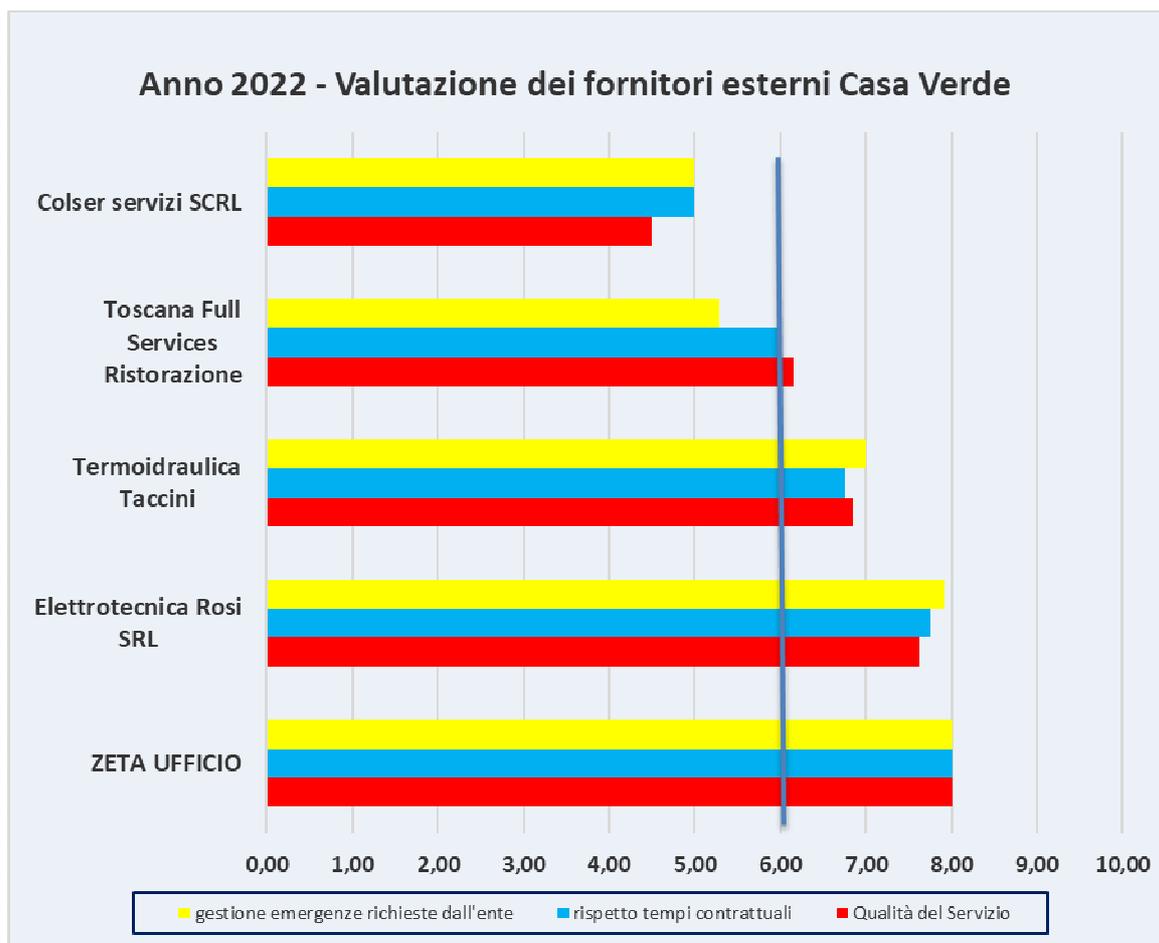
Nei grafici successivi sono riportati per ciascun Presidio i risultati della valutazione dei fornitori in merito alla qualità del servizio erogato e il rispetto dei tempi previsti nei contratti specifici relativi all'anno 2022

Anno 2022 - Valutazione dei fornitori esterni Calambrone



Anno 2022 - Valutazione dei fornitori esterni Marina di Pisa





2b. Fornitori di Materiali e Servizi: per i fornitori di prestazione intellettuale il monitoraggio prevede un sistema diverso, la valutazione avviene entro i 3 mesi dalla data di inizio attività, attraverso la compilazione da parte del Dirigente Responsabile di una scheda specifica contenente alcuni items dotati di un punteggio, relativi alla *qualità personale* e alla *qualità professionale*; la media dei due valori totali rappresenta la *valutazione complessiva*.