

Piano aziendale per la qualità e la sicurezza dei pazienti 2024-2026

Premessa

Secondo quanto definito nell'obiettivo n. 7 del PIAO 2023-2025 (*"Promuovere la qualità, la sicurezza e trasparenza dei percorsi assistenziali e dell'organizzazione, sviluppando strumenti di partecipazione dei cittadini e delle comunità"*) l'Azienda USL Toscana Nordovest persegue sistematicamente e come parte costitutiva ed essenziale della propria Mission: il miglioramento continuo della qualità delle cure; il perseguitamento di standard elevati di sicurezza dei pazienti e degli operatori; la trasparenza dei percorsi assistenziali e dell'organizzazione e quindi la piena partecipazione dei cittadini. Questi obiettivi strategici devono essere parte della attività clinica di tutti i giorni, ed essere ben presenti ai professionisti ed agli operatori che lavorano in tutti i setting assistenziali. Per supportare questa strategia l'Azienda si è dotata nel tempo di una organizzazione ad hoc e di professionisti con competenze specifiche, strutturando:

- A. un sistema per garantire la trasparenza dei percorsi e la tutela dei pazienti e per favorire la partecipazione dei cittadini e delle Comunità; Il sistema vede tra i principali attori il Dipartimento Staff della Direzione Aziendale, la UOC "Governo delle Relazioni con il Pubblico, della Partecipazione e dell'Accoglienza", la Commissione Mista Conciliativa, il Comitato Aziendale di Partecipazione oltre che il Responsabile Aziendale Trasparenza.
- B. un sistema per il governo dei requisiti e degli standard di qualità derivanti dalle norme sull'esercizio (requisiti regionali autorizzativi), sull'accreditamento (requisiti regionali di accreditamento) e dai sistemi di certificazione volontaria (norma ISO) - il sistema vede tra i principali attori la UOC Sistema Qualità e Accreditamento, la funzione di Internal Auditing, il Comitato Aziendale TAVEA, la Rete Aziendale dei Facilitatori Qualità e Sicurezza.
- C. un sistema per la gestione del rischio clinico, il governo e la contestualizzazione degli standard inerenti la sicurezza dei pazienti e degli operatori, la prevenzione dei conflitti e la tutela dei diritti fondamentali che vede tra i principali attori la UOC Sicurezza del Paziente, il Comitato Aziendale CUAT (Comitato Unico Aziendale delle Tutele) e la Rete Aziendale dei Facilitatori Qualità e Sicurezza, a supporto delle attività di Governo Clinico del Dipartimento di Staff
- D. un sistema per garantire gli standard di valutazione del rischio lavorativo, protezione e sicurezza dei lavoratori in tutti gli ambiti operativi dell'Azienda, che vede tra i principali attori la Rete Salute e Sicurezza, il Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi e la Medicina Preventiva, il Gruppo antiviolenza oltre alla UOC Sicurezza del Paziente e alla Rete dei Facilitatori Qualità e Sicurezza.

Il presente documento definisce il Piano Aziendale per la Qualità e la Sicurezza delle cure dell'Azienda USL Toscana Nordovest in conformità a quanto definito dalla LR51/2009 e s.m.i ed in particolare dal Requisito aziendale 5.1 AZ 2 *"Esiste un piano aziendale, aggiornato con cadenza annuale, per il miglioramento della qualità e della sicurezza. Il piano è correlato ad una relazione annuale sui risultati raggiunti, indica in modo sintetico le priorità e le azioni di miglioramento in corso e contiene un focus specifico sui principali rischi per la sicurezza del paziente e sul rischio infettivo oltre che il livello di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente"*

Il documento riprende ed approfondisce le principali linee programmatiche e gli obiettivi specifici approvati con il PIAO 2024-26 . La predisposizione di un piano dedicato alla sicurezza delle cure è inoltre previsto dal DM 19/12/2022 e dalla delibera di recepimento della Regione Toscana nr. 967/2023.

Parte I - L'organizzazione e le attività di prevenzione e gestione del rischio clinico per la sicurezza delle cure

I MOTIVI E GLI OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

La sicurezza dei pazienti è riconosciuta come parte integrante del diritto alla salute, pertanto impegna tutti i professionisti e le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie nell'identificazione, analisi, prevenzione e contenimento dei rischi associati alle cure prestate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Sia i documenti di indirizzo sulla materia di livello nazionale ed internazionale, che i codici deontologici delle professioni sanitarie e tecniche che operano nel SSN, declinano con varie formulazioni un insieme di valori, che con il presente piano si intende associare ad obiettivi ed azioni che impegnino tutta l'azienda sanitaria, con la giusta articolazione di responsabilità e competenze, nel mantenimento e nel miglioramento continuo della sicurezza dei pazienti.

Nella tabella 1 sono indicati i valori di riferimento degli obiettivi aziendali per la sicurezza dei pazienti, ripresi ed aggiornati a partire dai precedenti piani aziendali qualità e sicurezza.

Tabella 1: i valori e gli obiettivi per la sicurezza dei pazienti

Valori	Obiettivi di Piano 2024-2026
Centralità persone assistite	1. Coinvolgere le persone assistite, le famiglie e le comunità nella co-produzione dei servizi, nella prevenzione dei rischi e dell'inappropriatezza
Affidabilità dei processi clinici e di supporto	2. Incorporare la sicurezza nelle pratiche cliniche e assistenziali nei servizi sanitari e socio-sanitari aziendali, promuovendo l'impiego di standard tecnico-professionali basati sulle evidenze e l'autovalutazione dei processi e degli esiti da parte dei professionisti
Riflessione e apprendimento	3. Incentivare e diffondere le attività di segnalazione, gestione e apprendimento dagli incidenti alla sicurezza dei pazienti secondo standard comuni
Resilienza	4. Supportare gli operatori a tutti i livelli attraverso l'ascolto, la formazione continua, la comunicazione interna e schemi di valorizzazione e valutazione coerenti per la sicurezza dei pazienti
Creatività	5. Partecipare attivamente all'innovazione dei processi e dei percorsi assistenziali che impattano sulla sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, promuovendo partnership per progetti di ricerca e sviluppo e valorizzando le competenze dello staff e della rete aziendale per la sicurezza delle cure

Sintesi dei risultati delle attività del ciclo di programmazione 2020-2023

I risultati del precedente ciclo di programmazione sono stati influenzati dai cambiamenti dovuti alla pandemia da Covid-19 ed alle sue conseguenze sull'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Malgrado le difficoltà e l'impegno straordinario messo in campo per fronteggiare la pandemia, il sistema aziendale di gestione della sicurezza dei pazienti ha mantenuto buoni livelli di performance anche durante i periodi più difficili, sia in termini di capacità di apprendimento dagli incidenti che di applicazione e sviluppo delle buone pratiche.

Obiettivo 1

L'impegno per il coinvolgimento delle persone assistite, le famiglie e le comunità è rimasto costante, lavorando da un lato per una chiara e tempestiva comunicazione dei numerosi cambiamenti organizzativi intercorsi nel periodo pandemico, dall'altro per mantenere il dialogo con i Comitati di Partecipazione e per cogliere in modo costruttivo gli spunti per il miglioramento dalle segnalazioni e dalle valutazioni dell'esperienza riportate dagli utenti dei servizi. Ad esempio, nelle attività formative dedicate all'approfondimento e sviluppo di competenze comunicative per la gestione del rapporto con l'utenza in caso di eventi avversi ed indesiderati, vengono proposti contenuti e modelli comunicativi che stimolano gli operatori a rendere sempre più partecipi gli utenti

di tutte le azioni che saranno messe in opera da parte dell'Azienda per la gestione di tali eventi (audit, azioni di miglioramento, follow-up).

Obiettivo 2

In merito all'affidabilità dei processi clinico assistenziali ed all'obiettivo di integrare gli elementi di sicurezza nelle attività cliniche ed assistenziali a tutti i livelli, nel corso del quadriennio 2020-2023 è stata aggiornata a cadenza annuale l'autovalutazione delle raccomandazioni ministeriali (RM) e delle pratiche per la sicurezza dei pazienti (PSP), con la sola eccezione del 2020 in cui le verifiche sono state limitate all'applicazione dei protocolli per il contrasto del Covid. Negli anni successivi le autovalutazioni sono state condotte mediante l'applicativo Pandora presente sulla intranet aziendale, con il supporto della tabella delle pertinenze relative all'applicabilità di RM e PSP in ogni area e dipartimento, costruito e revisionato con la collaborazione della rete dei facilitatori qualità e sicurezza.

Nell'ultimo anno, l'adesione ha raggiunto l'89% (N=329), con 268 strutture che hanno aggiornato l'autovalutazione, 25 hanno confermato quella dell'anno precedente, 36 non hanno risposto. L'applicazione delle RM è risultata superiore all'80% delle strutture per tutte le raccomandazioni, tranne che per quella relativa alla manipolazione delle forme farmaceutiche solide (= 71%), per cui era in corso la revisione della procedura aziendale sulla sicurezza delle terapie. Per quanto riguarda le PSP, l'adesione è risultata migliorabile per la prevenzione della TVP (53%), del rischio nutrizionale (65%), della VAP (73%), PDTA sepsi (76%) e Delirium (77%). Sono in corso azioni di miglioramento per chiarire i termini di applicabilità della PSP su prevenzione TVP e VAP, nonché iniziative a supporto dell'applicazione degli strumenti per la gestione del rischio nutrizionale, del percorso sepsi e del delirium.

Sia nel 2022 che nel 2023 sono state mantenute le tradizionali attività di supporto alle strutture e verifica sul campo attraverso i Giri per la Sicurezza, strumenti conoscitivi fondamentali con un ritorno sia in termini di compliance delle strutture alle Pratiche per la Sicurezza e alle Raccomandazioni ministeriali sia per la Direzione e per i Dipartimenti, che hanno ricevuto report conclusivi con input di miglioramento per gli aspetti ritenuti prioritari; la struttura ha inoltre dato un importante e continuo contributo allo sviluppo dei PDTA, in particolare quelli di Area Vasta Nordovest sulle patologie neurologiche tempo-dipendenti, riconosciuto ed apprezzato anche dal Referente regionale per la Rete ictus, un impegno che proseguirà anche nel 2024 con incontri mensili del Board per la verifica di efficacia e l'analisi di casi complessi.

E' stato pubblicato nel 2021 e aggiornato nel 2023 il piano aziendale per la prevenzione delle infezioni, con particolare enfasi sul contrasto ai micro-organismi multiresistenti, i monitoraggi delle ICA e le azioni preventive coordinate dai team AID locali ed aziendale.

Il servizio trasfusionale, con il supporto delle funzioni di staff qualità e sicurezza, ha preparato e superato le verifiche per la certificazione, incluse alcune rilevanti azioni di miglioramento per la sicurezza.

E' proseguita la cooperazione del personale della UOC Sicurezza del paziente con:

- la cabina di regia di C7 per gli sviluppi della cartella clinica elettronica e la progressiva integrazione delle buone pratiche nei software gestionali delle attività sanitarie,
- il Comitato Unico Aziendale delle Tutele e con i Comitati Gestione Sinistri per favorire il ritorno d'esperienza dall'analisi dei sinistri e per migliorare la comunicazione dei rischi
- i gruppi di lavoro attivi sui PDTA (in particolare il Board di Area Vasta sulle patologie neurologiche acute tempo-dipendenti)
- i gruppi aziendale e zonali di verifica e supporto nelle strutture socio-sanitarie per la prevenzione delle ICA e per la sicurezza delle cure

Obiettivo 3

Dopo le grandi difficoltà del 2020, in cui le attività di segnalazione ed analisi degli incidenti hanno risentito pesantemente della pandemia e delle misure restrittive adottate dal Governo, a partire dall'anno successivo il numero di segnalazioni, analisi degli eventi significativi ed azioni di miglioramento è progressivamente risalito.

Nel corso del 2022, che è l'ultimo anno completo con i dati validati dal Centro GRC della Regione Toscana, il personale dell'azienda USL Toscana Nordovest ha segnalato 2526 incidenti o problemi per la sicurezza dei pazienti, che hanno dato luogo a 594 analisi mediante audit su evento significativo (SEA) ed a 1625 revisioni di mortalità e morbilità (M&M), registrati sull'applicativo regionale SiGRC. A seguito degli audit sono state definite

ed avviate 726 azioni di miglioramento, con un tasso di realizzazione del 72,33% per le azioni da completare nel corso del 2022. Gli eventi sentinella sono stati 25, tutti gestiti secondo i requisiti previsti dal protocollo SIMES, con un indice di tempestività del 79%.

Sono state inoltre segnalate 927 cadute dei pazienti, con un indice di presa in carico per analisi e prevenzione del 75%.

Nella relazione del Centro regionale GRC, l'azienda USL Nordovest è risultata la prima tra le territoriali per la diffusione e la realizzazione di azioni di miglioramento a seguito di SEA, la prima in assoluto per diffusione di M&M in strutture ospedaliere e territoriali.

Nel corso del 2022 il trend delle richieste di risarcimento è stato in ulteriore riduzione rispetto all'anno precedente, con un totale di 277 sinistri, tutti presi in carico dai Comitati Gestione Sinistri in cui è presente la funzione aziendale per la sicurezza dei pazienti al fine di verificare la prevenibilità dell'evento e favorire il ritorno di esperienza.

Obiettivo 4

La cura e la protezione del personale dallo stress psico-fisico e dagli eventi traumatici, comprese le aggressioni da parte dei pazienti o dei familiari, sono stati oggetto di attenzione congiunta della direzione aziendale e delle funzioni di staff, sebbene le pressioni associate ai carichi di lavoro ed all'esposizione ai rischi siano talvolta difficilmente prevenibili in modo adeguato, anche a causa dei tetti di spesa per le dotazioni di personale e per il rinnovamento delle tecnologie e degli ambienti di lavoro.

Nel corso del 2022 e 2023 sono state riviste ed aggiornata la modalità di segnalazione e analisi delle aggressioni a danno del personale sanitario, sono state rafforzate le iniziative mirate e congiunte per la sicurezza dei lavoratori e dei pazienti nelle aree più esposte (PS, salute mentale e dipendenze) ed è stata rafforzata la formazione del personale. E' stato inoltre avviata la valutazione dello stress lavoro correlato secondo il metodo dell'INAIL, applicato per la prima volta a tutta l'Azienda USL Toscana Nordovest.

Sono stati condotti debriefing a supporto del personale coinvolto in eventi sentinella particolarmente traumatici, con successiva attivazione del supporto psicologico individuale e di gruppo.

La collaborazione tra la UOC Sicurezza del paziente e la Rete Salute e Sicurezza ed il gruppo antiviolenza è strutturata sin dal 2017 e l'impegno prosegue anche nel triennio 2024-2026, in linea con quanto prevedono le normative regionali e gli indirizzi del competente settore in materia di Sicurezza nei Luoghi di lavoro della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale. La collaborazione da parte della UOC Sicurezza del Paziente, nel contesto del Gruppo antiviolenza e della Rete Salute e Sicurezza, riguarda, in particolare, la valutazione dei settori di attività più critici quanto a rischio di aggressioni (interne ed esterne) e stress lavoro-correlato, la mappatura e l'analisi delle segnalazioni di aggressione, che laddove si configurino quali eventi sentinella seguono il flusso SIMES come previsto dalla RM numero 8 e vengono gestiti in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione. Obiettivo della UOC è promuovere la salute, la sicurezza ed il benessere del personale favorendo un clima ed un ambiente lavorativo sani, collaborando con le strutture competenti nell'attuazione di azioni di sistema volte a valutare e contenere lo stress psico-fisico e prevenire le aggressioni e le minacce a danno del personale.

Nel 2023 è stato condotto un training on the job con simulazione sulle emergenze ostetriche e la rianimazione neonatale extraospedaliera (4 edizioni) rivolto ai medici 118 di area sud, effettuato come azione di miglioramento prevista a seguito di Audit del dicembre 2022.

La tabella 2 riporta in sintesi gli eventi formativi ECM organizzati dalla UOC Sicurezza dei pazienti negli ultimi 2 anni, a cui hanno partecipato in totale circa 3000 operatori sanitari.

Tabella 2: attività formative 2022-2023 per la sicurezza dei pazienti

Anno	Evento	Edizioni	Partecipanti	
2022	Gli osservatori dell'igiene delle mani	FAD	Riservato ai referenti AID/rete FQS: 170	
	Facilitatori qualità e sicurezza	2	68	
	Insieme per vincere le infezioni	13	Riservato alle strutture socio-sanitarie: 144	
	L'ergonomia ed i fattori umani nel lavoro cooperativo supportato dalle tecnologie digitali in sanità	1	Riservato al personale dello staff: 25	
	Incontri con la rete FQS	2	Riservato alla rete Q&S: 450	
	La comunicazione degli eventi avversi e indesiderati	3	Riservato partecipanti corso comunicazione Kalamazoo: 55	
	Giornata mondiale sicurezza delle cure	1	298	

	CRM per il miglioramento del lavoro di squadra nei percorsi assistenziali	2	18
	CRM per il miglioramento del lavoro di squadra nei percorsi assistenziali: dipartimento materno infantile	5	89
	Laboratorio di innovazione nei percorsi assistenziali: giornata mondiale sull'igiene delle mani	1	69
2023	Insieme per la sicurezza delle cure nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale	14	Riservato agli operatori delle strutture socio-sanitarie: 198
	Lo sviluppo della rete territoriale qualità e sicurezza con i GVS implementare un modello cooperativo	1	Riservato ai componenti dei GVS: 30
	Up to date: metodi e strumenti di ergonomia e HTA	2	Riservato alla rete Q&S: 80
	La comunicazione degli eventi avversi e indesiderati	6	Riservato partecipanti corso comunicazione Kalamazoo: 89
	La prevenzione delle cadute nei pazienti ricoverati	FAD	213
	Follow-up HFE: ergonomia e fattori umani per lavoro cooperativo e prevenzione del technostress	1	Riservato al personale dello staff: 16
	Laboratorio di innovazione nei percorsi assistenziali: giornata mondiale sull'igiene delle mani	1	114
	Facilitatori qualità e sicurezza	2	74
	Insieme per vincere le infezioni giornata finale	1	Riservato alle strutture socio-sanitarie: 67
	Giornata mondiale sicurezza delle cure	1	113
	CRM per il miglioramento del lavoro di squadra nei percorsi assistenziali	10	Riservati agli operatori servizi psichiatrici/materno-infantile/CT: 60
	Incontri con la rete FQS	30	Riservato alla rete Q&S: 600
	Comunicazione efficace e adesione consapevole ai trattamenti sanitari: una strategia condivisa per la sicurezza delle cure	1	Riservato ai CRM Regione Toscana: 90

A questi si aggiungono gli audit su evento significativo e le revisioni di morbilità e mortalità accreditati ECM, a cui hanno partecipato nel 2023 circa 2800 operatori sanitari, completando l'evento formativo.

Obiettivo 5

E' stato completato il progetto di ricerca-azione Insieme per la prevenzione delle infezioni finanziato da RT nel 2020, che ha coinvolto 7 strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali e che ha dato luogo al successivo Insieme per la sicurezza dei pazienti, esteso ad altre 20 strutture e completato nel 2023.

Sono in corso i progetti Spingevacs con IMT-ARS-FTGM, Contact con Scuola Superiore Sant'Anna, USLCentro e Sudest, Promis (Progetto Mattone internazionale) con CNR, Safety culture con AGENAS e Università di Genova.

Tabella 3: i progetti di ricerca con la sicurezza dei pazienti

Titolo progetto	Finanziamento	Partner	Strutture coinvolte	Risultati principali
Insieme per vincere le infezioni	€58.000 fondi RT exPN CAR	dipartimenti servizio sociale, riabilitazione e sanità territoriale	7 strutture sanitarie e socio-sanitarie	Miglioramento applicazione pratiche per la sicurezza prevenzione infezioni
Insieme per la sicurezza dei pazienti	€4.600 fondo PAF	dipartimento servizio sociale e direzioni zone/distretto	20 strutture socio-sanitarie	Miglioramento pratiche per la sicurezza dei pazienti e cooperazione con strutture socio-sanitarie
Spingevacs	€10.650 fondo ricerca sanitaria RT	IMT Scuola di Alti Studi (capofila), ARS, dipartimenti prevenzione e specialità mediche	1) 3500 operatori per la survey su atteggiamento per i vaccini, 2) 2 unità operative di medicina per studio sperimentale su nudge per prescrizione antibiotici	1) Analisi fattori che predispongono alla vaccinazione 2) Valutazione efficacia interventi per appropriatezza prescrizione antibiotici
Contact	€74.000 fondo ricerca sanitaria RT	Scuola Superiore Sant'Anna (capofila), dipartimento medicina generale e sanità territoriale	Tutti i MMG per l'analisi dei dati da flussi, 2 AFT per le analisi qualitative approfondite	Analisi delle buone pratiche per la gestione integrata delle malattie croniche tra ospedale e territorio
Patient safety culture	isorisorse	Università di Genova (capofila), AGENAS, DMPO Lucca	Direzione e personale dell'Ospedale San Luca di Lucca	Validazione versione italiana questionari cultura della sicurezza e PRIMS - percezione sicurezza dei pazienti
Comunicazione dei rischi ed adesione consapevole	€5.000 fondo PROMIS 2023	Centro GRC RT, Comitato di partecipazione, CUAT	Tutte le funzioni coinvolte nella gestione dei sinistri in	Messa a punto buona pratica per l'elaborazione

alle cure			azienda e risk manager delle altre aziende toscane	centrata sul paziente delle informative di consenso informato
Proximity care	Fondi gestiti da Scuola Superiore Sant'Anna	1) Formazione e ricerca mediante la simulazione 2) Sperimentazione esoscheletri per la movimentazione dei pazienti	1) Punto nascita di Barga, centro di simulazione aziendale e dip materno-infantile, DMPO Lucca e DZ VdS 2) RSA Paoli Puccetti, Cure intermedie e hospice La Villetta, DZ VdS	1) Allestimento ed avvio centro di simulazione a Barga 2) Verifica efficacia, sicurezza e usabilità esoscheletri per la movimentazione manuale dei pazienti

Le priorità per il triennio 2024-2026

In continuità con le attività svolte negli anni precedenti, tenendo conto di quanto appreso per la sicurezza dei pazienti durante e dopo la pandemia da Covid-19, le priorità riguardano: la prevenzione dei rischi nella gestione dei pazienti fragili in ospedale e sul territorio in ambito sanitario e socio-sanitario, il mantenimento e lo sviluppo della rete aziendale per la sicurezza delle cure, la progressiva integrazione delle buone pratiche nei percorsi assistenziali e nei software sanitari gestionali, il supporto al personale nelle aree a maggior rischio per volumi di attività (alti o bassi) mediante il sostegno al lavoro di squadra, all'interazione con le tecnologie e con l'organizzazione.

I pazienti fragili sono i più esposti al rischio di eventi avversi, in particolare alle 3 tipologie di incidente a maggiore frequenza: cadute, errori di terapia ed infezioni correlate all'assistenza.

Per la prevenzione delle cadute sono in corso azioni di sistema importanti, progettate e condotte a partire dall'analisi della casistica e dai giri per la sicurezza svolti nelle strutture aziendali. Tali azioni riguardano sia l'integrazione degli strumenti di valutazione, prevenzione e misurazione del rischio nei software sanitari, a partire dalla cartella clinica elettronica, che la valutazione ed aggiornamento delle dotazioni di letti, barelle ed altri dispositivi per la degenza e la movimentazione dei pazienti che possono ridurre il rischio. Inoltre, le procedure e la formazione sulla prevenzione delle cadute, l'identificazione e gestione del delirium, la prevenzione e gestione della contenzione sono in continuo aggiornamento e consolidamento, mediante il confronto con il personale di tutte le strutture interessate.

Relativamente alla prevenzione degli errori di terapia, la procedura aziendale che recepisce le raccomandazioni ministeriali e le buone pratiche dalla Regione Toscana è uno strumento vivo ed aggiornato all'evoluzione delle opportunità e dei rischi offerte dai farmaci, di cui le verifiche sistematiche all'interno delle unità operative si combinano con quelle condotte dal dipartimento del farmaco, dal dipartimento delle professioni infermieristiche ed ostetriche e dalla struttura per la sicurezza dei pazienti.

In tema di infezioni correlate all'assistenza, le azioni classiche per la promozione ed il monitoraggio dell'igiene delle mani, per l'appropriatezza delle terapie antibiotiche e per il rafforzamento della sorveglianza microbiologica sono accompagnate da progetti innovativi come l'impiego dello scanner per autovalutare la qualità del lavaggio delle mani, l'integrazione di strumenti ergonomici di supporto alla decisione per la prescrizione dell'antibiotico giusto al momento giusto, l'estensione dell'impiego dei POCT e l'integrazione con i laboratori per la diagnosi microbiologica.

Da consolidare e rafforzare la cooperazione con le altre strutture aziendali competenti per:

- la partecipazione e l'empowerment dei pazienti e dei familiari nelle iniziative per la sicurezza delle cure ed il miglioramento della comunicazione clinica
- la sicurezza del percorso trasfusionale, mediante l'estensione del sistema integrato tra reparti e centro trasfusionale per la prescrizione, preparazione e somministrazione degli emocomponenti
- la prevenzione e gestione del contenzioso, favorendo ulteriormente il ritorno d'esperienza dall'analisi dei sinistri nei comitati di ambito territoriale e sviluppando le azioni di sistema con il Comitato Unico Aziendale delle tutele
- l'integrazione degli elementi di sicurezza nella progettazione e conduzione dei PDTA
- la formazione mediante simulazione per la gestione delle risorse nelle situazioni critiche, a partire dalle aree a maggior rischio (area critica, chirurgica, salute mentale e materno-infantile)
- la prevenzione della violenza nei luoghi di lavoro ed il supporto ai lavoratori a seguito di eventi traumatici

- l'innovazione dei processi e dei percorsi assistenziali che impattano sulla sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, promuovendo partnership per progetti di ricerca e sviluppo e valorizzando le competenze dello staff e della rete aziendale per la sicurezza delle cure

Le azioni in corso e da sviluppare per la sicurezza dei pazienti

La tabella 3 descrive le azioni per la sicurezza dei pazienti, successivamente descritte in sintesi. Si tratta di azioni che impegnano tutta l'azienda e che trovano l'indicazione delle strutture di staff e della direzione aziendale coinvolte come responsabili o riferimenti in cooperazione con la UOC Sicurezza dei Pazienti.

Le azioni sono declinate con specifiche iniziative che impiegano le leve dell'organizzazione e gestione dell'azienda sanitaria a cui si rimanda e che comprendono: la definizione di atti o documenti del sistema di gestione qualità e sicurezza, la formazione del personale, l'assegnazione e monitoraggio di obiettivi di budget, la definizione di fabbisogni di personale o tecnologie, la verifica e riprogettazione di percorsi, spazi e strumenti di lavoro, il dialogo con i comitati di partecipazione e le partnership con altri enti, in particolare per attività di ricerca e sviluppo.

Tabella 4: le azioni di piano 2024-2026

Ob	Azioni	Risultati attesi	Resp/Rif
1	1.1 Revisione modello e strumenti per consenso informato 1.2 Formazione sulla comunicazione per la sicurezza 1.3 Incontri con associazioni pazienti per valutare e ridisegnare percorsi di cura 1.4 Gestione integrata azioni di miglioramento su reclami	Migliore performance nella comunicazione con gli utenti e tra operatori Controllo del contenzioso Riduzione prestazioni inappropriate	UOC e Rete SP URP Affari legali Comunicazione Medicina legale Direttori Dip, Aree e UO Direzioni ospedaliere e di zona
2	2.1 Revisione percorsi di cura ed integrazione sistematica di elementi sicurezza nell'organizzazione e gestione dei percorsi e nel sistema documentale 2.2 Aggiornamento/integrazione delle raccomandazioni e buone pratiche selezionate dai dipartimenti come standard di riferimento, tenendo conto delle priorità regionali e nazionali 2.3 Elaborare indicatori associati agli standard, valorizzando l'uso dei software sanitari per il monitoraggio della produzione 2.4 Pianificare e condurre interventi volti a contenere i rischi associati ai farmaci, alle infezioni correlate all'assistenza ed alle cadute	Accreditamento dei processi secondo calendario regionale Adesione a obiettivi Centro GRC e LEA ministeriali Migliore performance nella qualità clinica Migliore performance nella sicurezza delle cure	Direttori Dip, Aree e UO Direzioni ospedaliere e di zona UOC e Rete SP Program e controllo
3	3.1 Incontri di aggiornamento sul sistema di segnalazione e analisi	Aumento segnalazione IR e attività di Audit e M&M nelle	UOC e Rete SP

	<p>degli incidenti e cooperazione con sistemi vigilanza</p> <p>3.2 Organizzazione di un grand round per ogni dipartimento per condividere i casi studio di lezione apprese da analisi di incidenti</p>	<p>strutture con performance RLS carente</p> <p>Miglioramento standard qualità Audit e M&M</p> <p>Consolidamento analisi e prevenzione cadute</p> <p>Collaborazione ad analisi e prevenzione ES da aggressione</p>	<p>Sistemi vigilanza</p> <p>Direttori Dip, Aree e</p> <p>Direzioni ospedaliere e di zona</p> <p>UOC Formazione e centro di simulazione</p>
4	<p>4.1 Collaborare alla progettazione, conduzione e valutazione degli eventi formativi attinenti la sicurezza delle cure</p> <p>4.2 Contribuire allo sviluppo del programma di formazione mediante simulazione, a partire dalle aree a maggiore rischio (area critica, chirurgica, salute mentale e materno-infantile)</p> <p>4.3 Software aziendale autovalutazione periodica PSP e RM</p> <p>4.4 Collaborare con la Rete salute e sicurezza aziendale, per migliorare il clima organizzativo, l'ergonomia dei processi e per prevenire le aggressioni a danno dagli operatori</p>	<p>Colmare i bisogni formativi a partire dai servizi con performance peggiore</p> <p>Armonizzare la gestione delle situazioni critiche nei team sul piano tecnico e non-tecnico</p> <p>Semplificazione del monitoraggio PSP e RM</p> <p>Collaborazione ad analisi e prevenzione ES da aggressione</p>	<p>UOC e Rete SP</p> <p>formazione e istruttori simulazione</p> <p>Gruppo aziendale antiviolenza</p> <p>Servizio Prevenzione e Protezione</p> <p>Benessere Organizzativo</p> <p>Medici lavoro</p>
5	<p>5.1 Collaborazione allo sviluppo e implementazione degli elementi di sicurezza e qualità nella transizione al digitale</p> <p>5.2 Cooperazione con le strutture socio-sanitarie e la medicina del territorio per la sicurezza dei pazienti fragili</p> <p>5.3 Progettazione e conduzione studi ed interventi per il miglioramento della sicurezza dei pazienti, con particolare riferimento alle competenze in ergonomia e HTA</p> <p>5.4 Sperimentazione di survey per <i>Patient Reported Incident measures (PRIMs)</i></p>	<p>Integrazione PSP e RM nei gestionali clinici</p> <p>Avvio RLS e buone pratiche nei servizi socio-sanitari</p> <p>Partecipazione e conduzione progetti</p>	<p>UOC e Rete SP</p> <p>Cabina ICT</p> <p>Servizi socio-sanitari e Medicina generale</p> <p>Enti di ricerca del territorio</p>

1. Coinvolgere le persone assistite, le famiglie e le comunità nella co-produzione dei servizi, nella prevenzione dei rischi e dell'inappropriatezza

1.1 Revisione modello e strumenti per consenso informato

Aggiornamento e sviluppo della policy e della procedura aziendale per la comunicazione efficace del rischio, la scelta conddivisa e l'adesione consapevole alle cure, a partire da un progetto di ricerca sostenuto da un finanziamento PROMIS e con la prospettiva di elaborazione di una buona pratica regionale sulla materia

1.2 Formazione sulla comunicazione per la sicurezza

Programma di formazione dedicato alla comunicazione clinica, secondo modello e metodo evidence-based, che prevede corsi di base di comunicazione clinica e corsi avanzati per la comunicazione difficile, avvalendosi di una rete di docenti interni senior e junior

1.3 Incontri con associazioni pazienti per valutare e ridisegnare percorsi di cura

Incontri periodici con il Comitato di partecipazione, sia su richiesta o segnalazione dei componenti dei Comitati locali e aziendale, che per iniziative promosse dalle strutture aziendali inerenti la sicurezza della cure. I componenti dei comitati sono inoltre consultati e coinvolti in caso di iniziative di livello aziendale che presuppongono la partecipazione attiva dei pazienti, come ad esempio le iniziative per le giornate mondiali per l'igiene delle mani e la sicurezza dei pazienti.

1.4 Gestione integrata azioni di miglioramento su reclami

Da rivedere e sviluppare la cooperazione con l'URP e le strutture oggetto di reclamo, in quanto la modalità attualmente codificata in procedura aziendale appare farraginosa e non permette di elaborare una reportistica utile a favorire il ritorno d'esperienza nei confronti del personale coinvolto e dell'organizzazione.

2. Incorporare la sicurezza nelle pratiche cliniche e assistenziali nei servizi sanitari e socio-sanitari aziendali, promuovendo l'impiego di standard tecnico-professionali basati sulle evidenze e l'autovalutazione dei processi e degli esiti da parte dei professionisti

2.1 Revisione percorsi di cura ed integrazione sistematica di elementi sicurezza nell'organizzazione e gestione dei percorsi e nel sistema documentale

Proseguire con l'integrazione nei percorsi assistenziali degli elementi tratti dalle raccomandazioni e buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, a partire dalle patologie tempo-dipendenti e dalle condizioni di cronicità con alto volume di prestazioni sanitarie.

2.2 Aggiornamento/integrazione delle raccomandazioni e buone pratiche selezionate dai dipartimenti come standard di riferimento, tenendo conto delle priorità regionali e nazionali

Garantire la manutenzione e lo sviluppo degli standard di sicurezza dei pazienti mediante l'aggiornamento del sistema documentale, secondo un approccio partecipativo che coinvolga gli esperti dei domini clinici di riferimento per ciascun standard, le direzioni dei presidi ospedalieri e territoriali, le strutture di staff, i comitati di partecipazione dei cittadini.

2.3 Elaborare indicatori associati agli standard, valorizzando l'uso dei software sanitari per il monitoraggio della produzione

Elaborare e selezionare indicatori validi, efficaci e sostenibili per misurare la sicurezza dei pazienti nei diversi contesti assistenziali, a partire da quanto previsto da raccomandazioni, buone pratiche e letteratura scientifica, da monitorare con il sistema di budget, le autovalutazioni ed i giri per la sicurezza. Rafforzare la produzione di reportistica e l'estrazione dei dati direttamente dai gestionali.

2.4 Pianificare e condurre interventi volti a contenere i rischi associati ai farmaci, alle infezioni correlate all'assistenza ed alle cadute

Proseguire con interventi di sistema per anticipare, prevenire e contenere i rischi associati ai tipi di evento avverso più frequente, secondo un approccio multidimensionale che impatti sull'organizzazione dei servizi, l'impiego oculato ed appropriato delle risorse, i processi assistenziali e di supporto, sperimentando anche soluzioni

3. Incentivare e diffondere le attività di segnalazione, gestione e apprendimento dagli incidenti alla sicurezza dei pazienti secondo standard comuni

3.1 Incontri di aggiornamento sul sistema di segnalazione e analisi degli incidenti e cooperazione con sistemi vigilanza

Mantenere alto l'impegno per la segnalazione e analisi degli incidenti alla sicurezza dei pazienti in tutti i setting assistenziali con incontri periodici con la rete dei facilitatori e momenti di restituzione ai dipartimenti delle attività svolte per l'analisi e l'apprendimento dagli incidenti, nonché per la conduzione di azioni di miglioramento di interesse dipartimentale o aziendale.

3.2 Organizzazione di un grand round per ogni dipartimento per condividere i casi studio di lezione apprese da analisi di incidenti

Produrre dei casi studio per riportare le lezioni apprese e le eventuali azioni di miglioramento realizzate a seguito di incidenti alla sicurezza dei pazienti o di casi difficili andati straordinariamente bene, in modo tale da condividere le esperienze nella comunità professionale del dipartimento o dell'intera azienda, in occasione di eventi come la giornata mondiale per la prevenzione delle infezioni del 5 maggio o la giornata mondiale per la sicurezza dei pazienti del 17 settembre.

4. Supportare gli operatori a tutti i livelli attraverso l'ascolto, la formazione continua, la comunicazione interna e schemi di valorizzazione e valutazione coerenti per la sicurezza dei pazienti

4.1 Collaborare alla progettazione, conduzione e valutazione degli eventi formativi attinenti la sicurezza delle cure

Garantire un'offerta formativa annuale per l'aggiornamento della rete dei Facilitatori, per accompagnare l'applicazione e lo sviluppo delle buone pratiche, per applicare gli obiettivi e le azioni di miglioramento correlate alle competenze tecniche e non tecniche del personale.

4.2 Contribuire allo sviluppo del programma di formazione mediante simulazione, a partire dalle aree a maggiore rischio (area critica, chirurgica, salute mentale e materno-infantile)

Proseguire con il radicamento del programma di simulazione e della rete aziendale dei facilitatori di simulazione, sostenendo l'allenamento continuo dei team ad affrontare le situazioni critiche, a mantenere e sviluppare le competenze tecniche e non tecniche secondo modelli basati sulle evidenze.

4.3 Software aziendale autovalutazione periodica PSP e RM

Aggiornamento delle modalità di autovalutazione periodica di PSP e RM mediante un applicativo dedicato, in grado di raccogliere in modo snello i dati dalle unità operative e funzionali e di produrre reportistica utile sia a livello locale che per alimentare i flussi informativi verso RT ed AGENAS.

4.4 Collaborare con la Rete salute e sicurezza aziendale, per migliorare il clima organizzativo, l'ergonomia dei processi e per prevenire le aggressioni a danno degli operatori

Rafforzare i programmi e progetti di lavoro che impattano sulla sicurezza dei pazienti e sulla sicurezza dei lavoratori, in stretta collaborazione con le strutture della rete aziendale salute e sicurezza (SePP, medicina preventiva, benessere organizzativo) e con i gruppi di lavoro per la prevenzione delle aggressioni e dello stress lavoro correlato. Da elaborare una progettualità dedicata alla prevenzione della sindrome della seconda vittima, a partire dal personale coinvolto in eventi sentinella.

5. Partecipare attivamente all'innovazione dei processi e dei percorsi assistenziali che impattano sulla sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, promuovendo partnership per progetti di ricerca e sviluppo e valorizzando le competenze dello staff e della rete aziendale per la sicurezza delle cure

5.1 Collaborazione allo sviluppo e implementazione degli elementi di sicurezza e qualità nella transizione al digitale

Favorire la valorizzazione delle esperienze e competenze dei professionisti sanitari nella progettazione, selezione ed adattamento delle tecnologie sanitarie innovative ed in particolare degli applicativi gestionali, secondo metodi di ergonomia e HTA per integrare efficienza, usabilità e sicurezza

5.2 Cooperazione con le strutture socio-sanitarie e la medicina del territorio per la sicurezza dei pazienti fragili

Nel rispetto delle competenze degli enti gestori le strutture socio-sanitarie convenzionate e della medicina generale, favorire lo sviluppo di progetti di cooperazione finalizzati a garantire la sicurezza dei pazienti nella continuità delle cure sul territorio e nell'impiego appropriato delle risorse specialistiche dell'ospedale

5.3 Progettazione e conduzione studi ed interventi per il miglioramento della sicurezza dei pazienti, con particolare riferimento alle competenze in ergonomia e HTA

Mantenere e sviluppare la cooperazione con gli enti di ricerca interessati a studi correlati alla sicurezza delle cure ed alla gestione del rischio clinico, a partire da quelli del territorio con i quali sono già in essere delle convenzioni per progetti di ricerca come Università di Pisa, Scuola Superiore Sant'Anna, CNR, Scuola di Alti Studi IMT di Lucca.

5.4 Sperimentazione di survey per *Patient Reported Incident measures (PRIMs)*

Completare lo studio sulla cultura della sicurezza in cooperazione con AGENAS ed Università di Genova, al fine di valutare la possibile integrazione degli strumenti di analisi della cultura della sicurezza nel monitoraggio del clima organizzativo e delle performance aziendali.

Parte II - Sistema di gestione qualità e accreditamento

I MOTIVI E GLI OBIETTIVI DEL SISTEMA QUALITÀ AZIENDALE

Implementare un Sistema di Gestione della Qualità aziendale in grado di garantire il miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure (*"Governance" della qualità e sicurezza dei processi clinico assistenziali*) mediante un'adeguata organizzazione, una gestione integrata dei rischi (*perché il primo rischio di un'azienda sanitaria è quello di gestire le varie aree in maniera separata: pazienti, personale, ambienti, tecnologie sanitarie, visitatori, ecc..)*) e un'informazione e formazione continua (*perché la conoscenza e l'informazione sono le principali armi contro il rischio*).

A livello istituzionale la garanzia per i cittadini toscani di usufruire di processi di cura sicuri in strutture sanitarie adeguate è attuata mediante due strumenti e percorsi distinti e complementari, quello autorizzativo e quello di accreditamento. Oggetto e finalità di entrambi è la *"Governance"* della qualità e sicurezza delle cure (Art. 1 LR51/2009 e s.m.i.)

La *"Qualità e sicurezza delle cure"* così come definita dal modello regionale toscano richiede una *applicazione integrata degli strumenti della Clinical Governance (CG) in tutti i processi clinico assistenziali aziendali* (Pratica professionale basata sulle evidenze, Risk Management, Formazione, Ricerca e Sviluppo, Involgimento utenti, HTA, Audit Clinico, Sistema Informativo, ecc..)

La *«Governance»* viene definita come una tensione al miglioramento continuo dei servizi guidata dai professionisti e supportata da tutte le leve organizzative e tecnico gestionali

In questa cornice, la qualità e sicurezza rappresentano pertanto *"il substrato"* nell'ambito del quale si sviluppa la programmazione, evidenziando la necessità di agire in una logica di integrazione, condivisione e partecipazione, con una visione trasversale e per processi.

Tabella 5: i valori e gli obiettivi del sistema qualità aziendale per la Governance clinica

Obiettivi	Azioni	Strumenti della “Clinical Governance”
1. Efficacia ed appropriatezza clinica	Ricerca delle migliori evidenze disponibili nel proprio ambito di competenza per garantire l'intervento giusto (<i>di provata efficacia, sicuro e accettabile</i>) al paziente giusto e per la giusta durata	<p>Pratica Professionale basata sulle Prove di efficacia.</p> <p>Adozione di linee guida Evidence-Based Practice (EBP) e loro integrazione nel contesto locale e nelle decisioni clinico-assistenziali (PDTA, PIC, ecc..)</p>
2. Efficienza ed appropriatezza organizzativa	Implementare un modello organizzativo di tipo orizzontale, a rete, integrato e condiviso (<i>appropriateness of a setting</i>) per poter erogare l'intervento giusto nel <i>posto giusto dal professionista giusto</i> , al livello più gradito al paziente e meno costoso	<p>Pratica Professionale basata sulle Prove di efficacia e HTA (Governo delle innovazioni clinico-organizzative)</p> <p>Implementare modelli organizzativi a rete identificando in maniera chiara e condivisa criteri, indicatori/standard evidence-based per l'accesso appropriato ai setting afférenti a diversi livelli intensità di cura e complessità assistenziale</p>
3. Tempestività e continuità delle cure	Prevenire ritardate diagnosi e/o prese in carico dei pazienti e la frammentarietà tra un setting di cura e l'altro all'interno dell'ospedale, tra ospedale e territorio, tra territorio e ospedale, tra setting diversi all'interno della rete dei servizi territoriali per poter erogare l'intervento giusto al <i>momento giusto</i>	<p>Professionale basata sulle Prove di efficacia (LG e PDTA).</p> <p>Accurata gestione dei percorsi clinico-assistenziali “tempo-dipendente”, dell’integrazione Ospedale-Territorio (O-T), della gestione delle transizioni Territorio – Territorio (T-T), Territorio – Ospedale (T-O). Garantire il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione rispetto ad un problema di salute in relazione alle risorse disponibili</p>
4. Sicurezza	<p>La sicurezza come area prioritaria di attività da garantire sempre e comunque, in ogni struttura e in ogni fase dei percorsi (sanitari e non) da parte di tutti (<i>il responsabile per la propria e altrui sicurezza è la persona stessa e non è solo un compito di “altri”</i>)</p> <p>Promuovere la cultura della sicurezza</p>	<p>Risk Management.</p> <p>Provvedere in ogni ambito (SPP; AFT; Ingegneria Clinica; Sicurezza del paziente, ecc..), a <i>identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi</i>; definire per ogni criticità rilevata un piano integrato per la minimizzazione dei rischi; socializzare con tutti gli operatori coinvolti le procedure elaborate e i piani di minimizzazione del rischio al fine di garantire <i>“atteggiamenti e comportamenti sicuri”</i>; definire un programma di monitoraggio continuo degli interventi sulle aree a rischio con, ove necessario, programmi di re training e di simulazione.</p>

Obiettivi	Azioni	Strumenti della "Clinical Governance"
5. Equità	<p>Sviluppo di programmi e azioni per aumentare l'equità all'accesso ai servizi (es. <i>carta dei servizi aggiornata per ogni struttura che eroga prestazioni e per i principali percorsi clinici-assistenziali e/o di rete, siti intranet aggiornati, sezioni FAQ, Opuscoli informativi e dépliant informativi, ecc..</i>).</p> <p>Tutela delle fragilità e rispetto delle diversità attraverso la costante lettura delle necessità e specificità dell'individuo</p> <p>Centralità del cittadino-utente come riferimento su cui orientare le scelte e la definizione delle priorità di intervento</p>	<p>Partecipazione e coinvolgimento utenti</p> <p>Rendere disponibili Carte e Guide dei Servizi accurate, aggiornate e redatte anche sul sito web, con l'apporto di categorie professionali e associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza.</p> <p>Mettere in atto indagini di soddisfazione degli assistiti e familiari.</p> <p>Tenere aperto il confronto con la comunità – le associazioni di utenti e gli enti del terzo settore per adottare soluzioni a garanzia di una sanità condivisa e responsabile.</p>
6. Competenza professionale	<p>Far fare le prestazioni a chi è competente per farlo, attraverso lo sviluppo delle risorse umane in coerenza con il sistema organizzativo (<i>valutazione competenze necessarie, valutazione livello competenze possedute dal personale, pianificazione di formazione e addestramento</i>) e gli obiettivi aziendali di governance clinica.</p>	<p>Formazione e aggiornamento</p> <p>Promuovere all'interno delle strutture una <i>formazione continua orientata alla governance clinica</i> attraverso lo sviluppo di tre livelli di competenza: 1) competenza professionale (<i>sapere, saper fare, saper essere</i>); 2) competenza organizzativa (<i>Non Technical Skills</i>); 3) competenza di equipe</p>
7.Umanizzazione delle cure	<p>Rendere i luoghi di assistenza orientati il più possibile alla persona; accrescere la capacità di ascolto e di coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni; fornire supporto psicologico nei confronti dei pazienti gravi, più deboli e quindi più soggetti a sviluppare sofferenze emotive, psicologiche e relazionali; combattere il dolore con tutte le forze, ecc...</p> <p>L'Azienda individua negli operatori e nel loro patrimonio professionale la principale risorsa su cui basare l'umanizzazione e l'approccio olistico alla cura della persona</p>	<p>Partecipazione utenti</p> <p>Fornire al paziente una comunicazione chiara, completa ed empatica ed essere disponibili all'ascolto e alla considerazione nella sofferenza. Orientare i processi assistenziali e organizzativi al rispetto e alla specificità della persona ponendo particolare attenzione alle fragilità (<i>supporto psicologico, dolore, ecc..</i>), ai bisogni di socialità, alla privacy, alle discriminazioni culturali, etniche e religiose e alla continuità delle cure.</p> <p>Investire sull'informazione/educazione come elemento di progresso culturale per assicurare l'empowerment del paziente.</p> <p>Garantire la cura della relazione con il paziente/cittadino (comunicazione clinica ed empower-ment individuale, assegnazione di uno o più "operatori di riferimento", servizi di accoglienza, ecc..).</p>

Obiettivi	Azioni	Strumenti della “Clinical Governance”
8. Soddisfazione degli operatori	<p>Gestire bene le risorse umane attraverso politiche proattive volte a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -migliorare il clima interno dell’organizzazione (<i>coinvolgimento e condivisione degli obiettivi, lavoro di squadra, informazione e comunicazione continua, formazione ed addestramento adeguati, politica dei riconoscimenti, ecc..</i>) -garantire pari opportunità e accesso a percorsi di carriera, posizioni organizzative, trattamento economico fra i professionisti (<i>formazione ed addestramento adeguati, politica dei riconoscimenti, ecc.</i>) -prevenire ogni forma di discriminazione e in particolare violenza di genere in ambiente di lavoro 	<p>Gestione risorse umane</p> <p>Nelle strutture sanitarie la motivazione che sostiene la maggior parte degli operatori è legata al <i>senso del dovere, alla consapevolezza di aiutare il prossimo, di operare con e su persone, esseri umani condizionati dalla sofferenza e dalla paura</i>. Questi valori devono essere sostenuti e mai messi in discussione, perché nessun modello gestionale per la qualità potrà in alcun modo sostituirli</p> <p>Promuovere la cultura delle pari opportunità e il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, attraverso l’esercizio di compiti propositivi, consultivi e di verifica nell’ambito delle competenze che la legge e i contratti collettivi stabiliscono.</p>
9. Sicurezza del paziente	<p>Vedi tabella 1: i valori e gli obiettivi per la sicurezza del paziente</p>	
10. Valutazione performance e MCQ	<p>Render conto del proprio operato sia agli attori interni (<i>operatori e pazienti</i>) sia agli attori esterni del sistema (<i>valutazione delle performance cliniche</i>) attraverso la misura e la documentazione della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati. Disponibilità a monitorare le proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi</p>	<p>Audit clinico</p> <p>Revisione sistematica dei processi clinico assistenziali. Utilizzo dello strumento dell’audit clinico per confrontare l’assistenza erogata agli standard predefiniti attraverso set multidimensionali di indicatori (sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento dei pz, equità accesso, efficienza, ecc). Rendere pubblici gli indicatori per documentare in maniera trasparente la qualità dei servizi erogati e l’uso appropriato delle risorse</p>

IL CONTESTO

Il contesto attuale di crisi del nostro SSN richiede la necessità di garantire sicurezza, efficacia e appropriatezza che devono essere fortemente ancorate alla sostenibilità economica. Ciò ha determinato un ripensamento ed una riorganizzazione del SSN (PNRR e DM77/22) che dovrà essere realizzato entro il 2026, innovazioni organizzative che permetteranno di valorizzare ulteriormente la peculiarità del “SSR” (DGRT 1508/2022, ecc...) e i suoi principi di riferimento.

La Governanza dei processi clinico-assistenziali richiede di ridisegnare il sistema assistenziale attraverso una **logica di rete** al fine di garantire una risposta organizzativa integrata tra ospedale e territorio per i problemi che più impattano sulla salute.

Orizzontalità, policentrismo, integrazione e partecipazione sono diventati una necessità perché una organizzazione gerarchica (*centrata solo sulle strutture organizzative, a silos*) non può più rispondere alle esigenze dei nuovi tempi e alla missione del sistema. La logica dei “silos” è mortifera per la sanità pubblica perché non permette di ottimizzare le risorse

Ciò non fa altro che confermare i principi di base del sistema qualità aziendale così come è stato progettato e sviluppato negli anni 2019-2023 sulla base del **“Modello Toscano”** definito nel Regolamento di attuazione della LR51/2009 n. 79R e s.m.i.

I **“Requisiti Organizzativi aziendali di accreditamento”** funzionali e coerenti ai principi della Governance clinica fanno riferimento a tutto quanto deve essere messo in atto dall’Azienda per garantire e mantenere la qualità delle cure attraverso un’adeguata organizzazione mentre i requisiti di Processo definiscono le **“aspettative raggiungibili”** per i processi sanitari ovvero i comportamenti professionali che consentono di promuovere la qualità. Ogni professionista

che concorre alla erogazione dei processi è chiamato, attraverso *un costante processo di autovalutazione*, a verificare che i propri comportamenti professionali siano allineati a quelli attesi.

Sulla base di questo modello fin dal 2019 era stato necessario un cambio di **“strategia”** nel governo dei requisiti autorizzativi (*promozione e adeguamento ai requisiti di esercizio*), di accreditamento (*promozione e adeguamento ai requisiti di accreditamento*) e nella gestione dei documenti del sistema qualità.

Action without vision is only passing time, vision without action is merely day dreaming, but vision with action can change the world – Nelson Mandela

SINTESI DEI RISULTATI RAGGIUNTI NEL 2020-2023

Nella presente relazione sono riportati in sintesi i risultati raggiunti nel periodo 2020-2023 e le criticità ancora esistenti da prendere in carico nel piano qualità e sicurezza 2024-2026.

Dopo aver definito nel 2019 la visione e il modello organizzativo per l’implementazione di un Sistema di Gestione della Qualità aziendale (*vision, strategie, attività, strumenti, ecc.*) in grado di garantire la “governance” dei processi clinico assistenziali accreditati, ancor prima dell’emergenza pandemica, è stato intrapreso il percorso finalizzando tutte le azioni alla sua realizzazione. Negli anni 2020-2021 l’attività **“straordinaria”** legata all’emergenza pandemica da COVID-19 e nel 2022 quella necessaria alla **gestione** ai sensi della L51/2009 **del rientro nell’ordinario** in seguito alla cessazione dello stato di emergenza ne ha rallentato inevitabilmente la realizzazione che ha ripreso a pieno regime solo nel 2023.

Anno 2020

Nel 2020 gran parte dell’attività è stata dedicata alla predisposizione di protocolli e linee di indirizzo in grado di recepire tutti i requisiti, le disposizioni operative internazionali, nazionali e regionali per la prevenzione e gestione della pandemia e alla verifica sul campo della loro corretta applicazione (*sopralluoghi NOVA e team multidisciplinari di Verifica e Supporto con promozione della conoscenza di tutte le procedure applicabili nella prevenzione del rischio infettivo COVID-19 direttamente sui luoghi di lavoro*). A tal fine sono stati definiti strumenti di misura (Check List) tarati sia per le strutture sanitarie (*ambulatoriali, residenziali, degenze ecc..*) che per quelle socio-sanitarie (*RSA, RSD, Alberghi sanitari protetti, Strutture per minori, Centri di accoglienza migranti, ecc..*) in grado di rappresentare sia guide funzionali atte a supportarne l’implementazione che strumenti di verifica e autovalutazione.

Contestualmente all’attività straordinaria legata alla verifica e monitoraggio sul campo dei requisiti igienico-sanitari e di quelli relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni (COVID-19), è proseguita anche quella ordinaria legata al governo dei requisiti di accreditamento e di esercizio.

In particolare non si sono mai interrotte le attività considerate in seno alla TAVEA come “prioritarie” e/o indispensabili per la messa in sicurezza di tutte le attività e le strutture sanitarie aziendali; in particolare per verificare la loro capacità di contrastare eventi epidemici/pandemici con tempestività ed efficacia. Nel 2020 sono stati effettuati dai NOVA oltre 50 sopralluoghi con invio in Regione di 13 nuove attestazioni.-

Anno 2021

Nel 2021 è continuata l’attività “straordinaria” legata all’emergenza pandemica dedicata alla predisposizione di protocolli e linee di indirizzo in grado di recepire tutti i requisiti, le disposizioni operative internazionali, nazionali e regionali per la prevenzione e gestione della pandemia e alla verifica sul campo della loro corretta applicazione. Contestualmente a questa attività “straordinaria” è proseguita anche quella ordinaria legata al governo dei requisiti di accreditamento e di esercizio.

Governo dei requisiti di esercizio

Oltre l’attività routinaria (TAVEA) programmata per la messa in sicurezza delle attività e delle strutture sanitarie aziendali nel 2021 sono state realizzate nei tempi previsti dalle normative regionali anche quelle necessarie alla verifica dei nuovi requisiti previsti dal regolamento n. 79/R/2016 come modificato dal DPGR n.90/R del 16/09/2020.

In particolare:

- sono state attestate entro il 30 settembre tutte le case della Salute aziendali (30), tre centri di radiologia interventistica di 2° livello e la medicina iperbarica di Portoferraio;
- è stato verificato l’adeguamento ai nuovi requisiti di tutta la rete degli ambulatori aziendali (10) dedicati all’interruzione volontaria della gravidanza farmacologica;
- è stato valutato anche con il coinvolgimento dei professionisti l’adeguamento di tutti i setting ospedalieri e territoriali aziendali ai nuovi requisiti sulla prevenzione delle malattie infettive.

Inoltre, nel 2021 sono stati effettuati dai NOVA oltre 75 sopralluoghi con invio in Regione di altre 11 nuove attestazioni e/o ri-attestazioni. Parallelamente è iniziata una ricognizione dettagliata per una verifica dell’adeguamento ai requisiti specifici (v. Regolamento n. 79/R/2016 e s.m.i) delle strutture afferenti alle seguenti reti

aziendali: cure palliative (HOSPICE); salute mentale (CSM, SPDC e strutture residenziali); dipendenze (SERD e comunità terapeutiche); punti nascita; ambulatori odontoiatria; cure intermedie e ambulatori della continuità assistenziale; emergenza-urgenza

Governo dei requisiti di accreditamento

Dal momento che molte delle attività richieste dal sistema accreditamento non sarebbero state sostenibili durante la pandemia da SARS-CoV-2, le campagne di autovalutazione di PANDORA sono state pianificate in conformità e in funzione del programma regionale 2021 (nota RT del 25 febbraio 2021) in tema di qualità e sicurezza (**Prevenzione e contrasto infezioni correlate all'assistenza**). Si è proceduto pertanto ad una autovalutazione dei soli requisiti riconducibili alla gestione e prevenzione delle malattie infettive con particolare attenzione alle problematiche emerse a seguito della pandemia COVID-19 attraverso la predisposizione di nuovi questionari tarati ad hoc.

I dati dei questionari di autovalutazione sono stati elaborati (*Report e Cruscotti*) e discussi nei Riesami dei processi con tutti i responsabili coinvolti per condividere in un'ottica di rete il percorso da intraprendere per migliorare la capacità di contrastare e prevenire con tempestività ed efficacia le infezioni, compresi gli eventi epidemici/pandemici

Anni 2022 - 2023

Nel 2022 sono state assicurate tutte le attività necessarie alla gestione ai sensi della L51/2009 del rientro nell'ordinario in seguito alla cessazione dello stato di emergenza da COVID-19

Oltre l'attività routinaria (TAVEA) programmata per la corretta autorizzazione delle attività e delle strutture sanitarie aziendali, sono state attestate in seguito alla cessazione dello stato di emergenza da COVID-19, così come previsto dalle normative nazionali (*Decreto Legge n. 24 del 24.03.2022*) e regionali, tutte le strutture sanitarie mantenute aperte e attivate dall'ATNO in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento (*ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18*): strutture residenziali per pazienti in fase post-acute alla dimissione ospedaliera, cure intermedie, centri ambulatoriali vaccinali e hospice.

A settembre 2023, in ottemperanza a quanto previsto dalla DGRT n. 732/2023, sono stati attestati i requisiti di esercizio di tutte le sedi di cure domiciliari aziendali (*organizzative ed operative*) ricomprese nei flussi ufficiali e i requisiti di accreditamento del relativo processo.

Terminati gli adempimenti legati alla fase emergenziale è stato possibile riprendere a pieno regime lo sviluppo e l'implementazione del Sistema di Gestione della Qualità aziendale che, al fine di garantire la messa in sicurezza di tutte le attività e strutture aziendali ritenute più "critiche", prevede l'adozione di un **approccio pro-attivo** con una logica di rete. A tal fine sono state censite tutte le *strutture sanitarie aziendali* e del *privato accreditato* afferenti alle seguenti "reti integrate":

- Cure Intermedie;
- Cure Palliative (HOSPICE);
- Salute Mentale (CSM, SPDC e strutture residenziali);
- Dipendenze (SERD e comunità terapeutiche);
- Riabilitazione;
- Punti Nascita;
- Ambulatori IVG farmacologica;
- Ambulatori Odontoiatria (*solo aziendali*);
- Presidi Sanitari Penitenziari
- Case della Salute
- Servizi trasfusionali (*solo aziendali*);
- Radiologia interventistica (*solo aziendali*);
- Dialisi (*solo aziendali*)
- Servizi trasfusionali (*solo aziendali*)
- Cure domiciliari (*solo aziendali*)

Per ciascuna struttura aziendale afferente alle reti oggetto di intervento si è verificato il loro "status autorizzativo e di accreditamento" intraprendendo i percorsi necessari a sanare le eventuali criticità riscontrate in modo da assicurare a regime la loro perfetta conformità alle normative vigenti (*aperture, chiusure, trasferimenti, trasformazioni, ecc..*). Per ciascuna struttura privata accreditata si è verificata la congruità tra le attività autorizzate, accreditate e oggetto di contratto intraprendendo di concerto con le strutture gli eventuali percorsi di adeguamento.

L'attività sopradescritta è stata costantemente finalizzata alla Governance dei processi clinico assistenziali che vi vengono erogati (*requisiti di accreditamento*) con focus su appropriatezza clinica (*intervento giusto al paziente giusto al momento giusto*) e organizzativa (*nel posto giusto dal professionista giusto*), continuità assistenziale e tempestività della presa in carico. In tal senso va inquadrata anche la nuova attività intrapresa di verifica di compatibilità e funzionalità delle strutture sanitarie private ai fini della programmazione delle attività sanitarie con revisione della relativa procedura aziendale. Sono

state inoltre predisposte specifiche check list per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni da queste erogate applicabile nel corso di audit clinici congiunti nel 2023. Ciò in coerenza con il nostro modello di accreditamento che richiede di verificare, attraverso un processo costante di autovalutazione, che i comportamenti di tutti i professionisti che concorrono alla erogazione dei processi clinico assistenziali siano allineati a quelli attesi e raccomandati (standard) in modo da attivare in progress il miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure.

Il 2023, fra l'attività "straordinaria", si è connotato da azioni di supporto ai dipartimenti interessati nell'attuazione della riorganizzazione della rete territoriale dei servizi sanitari e sociali a seguito del recepimento degli standard previsti dal DM n.77/2022 e dalla delibera 1508/2022 della Regione Toscana. In particolare l'attività ha riguardato l'implementazione del nuovo modello organizzativo delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e dei servizi di continuità ospedale-territorio/territorio-territorio/territorio-ospedale che porterà nel 2024 all'attestazione della COT nella sua declinazione di COT zonale e COT aziendale

In particolare, la Qualità ha supportato le funzioni aziendali coinvolte nella implementazione del nuovo modello organizzativo delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle COT anche in riferimento al soddisfacimento dei requisiti per il conseguimento dei finanziamenti previsti dal PNRR.

Tra gli aspetti da potenziare e migliorare nel prossimo triennio vi sono quelli relativi all'autovalutazione e monitoraggio continuo dell'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità e della gestione documentale.

La disponibilità di dati adeguati è un presupposto indispensabile per conseguire il miglioramento continuo della qualità e sicurezza dei processi e delle cure e ogni responsabile coinvolto dovrebbe poter attingere agevolmente alle informazioni di cui ha bisogno.

In una Azienda di queste dimensioni e complessità senza una completa informatizzazione della gestione documentale non è possibile garantire l'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità

Diventa cruciale poter disporre di una apparato documentale di regole comuni non ridondante, ergonomico, costantemente aggiornato e più rispondente agli standard di accreditamento (*documenti senza appesantimenti formali, brevi, facilmente comprensibili, ecc...*)

LE PRIORITÀ PER IL TRIENNIO 2024-2026: AZIONI DI MIGLIORAMENTO IN CORSO E DA SVILUPPARE

In continuità con le attività svolte negli anni precedenti si prevede un ulteriore sviluppo del **sistema qualità aziendale** caratterizzato da un approccio proattivo finalizzato alla governance della qualità e sicurezza delle cure in un'ottica di rete, in grado di ben supportare la riorganizzazione aziendale dei servizi sanitari e socio-sanitari in atto nel prossimo triennio così come previsto dal PNRR (*mission 5 e 6*) e dal DM77/22, attraverso un **approccio multiprofessionale e multidisciplinare integrato** fra tutti gli attori del sistema sanitario, sociale, socio-sanitario pubblici e privati.

A tal fine si proseguirà il censimento delle strutture sanitarie aziendali e del privato accreditato afferenti alle principali **reti cliniche-assistenziali integrate**. L'obiettivo è quello di valutare se le strutture "aziendali" e "private accreditate" afferenti alle reti sono rispondenti agli standard di qualità e sicurezza previsti dalla normativa di riferimento, **considerando così in modo integrato tutti i setting attraversati dal paziente nel percorso di cura**.

Per ciascuna struttura aziendale ricompresa verrà verificato lo "status autorizzativo" intraprendendo, ove necessario, i percorsi necessari a sanare le eventuali criticità riscontrate in modo da assicurare la loro conformità alle normative vigenti (aperture, chiusure, trasferimenti, trasformazioni, adeguamento ai nuovi requisiti previsti dai regolamenti di attuazione della LR51/2009 e s.m.i., ecc..).

Per ciascuna struttura sanitaria privata accreditata ricompresa verrà verificata la congruità tra le attività autorizzate, accreditate e oggetto di contratto identificando di concerto con la direzione aziendale le eventuali azioni da intraprendere. Coerentemente al principio di Governance integrata delle reti cliniche dopo la sua riprogettazione sarà completamente attuato anche il percorso aziendale per la verifica di compatibilità e funzionalità delle strutture sanitarie private ai fini della programmazione delle attività sanitarie nell'ambito dell'Area Vasta.

Sarà inoltre ulteriormente sviluppato il sistema di autovalutazione di Pandora in una ottica di rete attraverso la costruzione di questionari in grado di monitorare l'applicazione degli standard di qualità e sicurezza nei setting aziendali afferenti a ciascuna rete.

Per ciascuna struttura sanitaria privata accreditata ricompresa saranno, a partire dal 2024, monitorati gli standard di sicurezza, appropriatezza e qualità in conformità a quanto previsto dal DM 19 dicembre 2022 e dalla normativa regionale di recepimento.

A garanzia della tempestività della presa in carico e della appropriatezza clinica organizzativa delle cure in tutti i setting assistenziali sarà perfezionata l'elaborazione e la condivisione di procedure e percorsi aziendali di riferimento con i relativi strumenti di autovalutazione multidisciplinari e integrati (ospedale – territorio) in modo da poter garantire una verifica sistematica degli standard di qualità e sicurezza predefiniti e raccomandati (linee guida basate sull'evidenza, requisiti di accreditamento, PSP, RM, ecc..).

I report di analisi delle autovalutazioni discussi nei riesami dei processi offriranno a tutti i responsabili coinvolti l'opportunità, attraverso momenti di confronto con le diverse realtà, di condividere anche in un'ottica di rete il percorso da intraprendere per migliorare la qualità e sicurezza delle cure

Nel 2024 -2026 proseguirà inoltre l'attività, in applicazione delle normative vigenti in tema di sviluppo dell'Assistenza Territoriale (DM 77/2022), di valutazione e monitoraggio dei progetti PNNR su COT, Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Cure Domiciliari anche ai fini degli adempimenti necessari in tema di autorizzazione e accreditamento.

A supporto del processo di autoverifica dopo aver progettato e predisposto i **“cruscotti di controllo”** attraverso:

1. un sistema di misurazione dei parametri individuati come critici

2. una rappresentazione dei processi per interpretare i dati acquisiti dai questionari di autovalutazione.

sarà necessario sviluppare strumenti di elaborazione e diffusione più efficienti ed efficaci in grado di fornire informazioni adeguate, tempestive e valide a tutti i responsabili delle strutture organizzative coinvolte. Inoltre, ove possibile, si prevede di elaborare anche un cruscotto di indicatori quali-quantitativi (in linea con le indicazioni del sistema di accreditamento) estratti ed elaborati direttamente dalla documentazione clinica informatizzata. Con il tempo e il loro continuo e corretto utilizzo sarà possibile migliorarne l'affidabilità e avere un confronto con le prestazioni della stessa tipologia erogate in strutture diverse, restituendo una immagine multidimensionale delle attività sanitarie erogate.

Nel riesame dei processi questi cruscotti offriranno a tutti i Responsabili coinvolti l'opportunità, attraverso momenti di confronto con le diverse realtà, di condividere in un'ottica di rete il percorso da intraprendere per migliorare la qualità e sicurezza delle cure.

Nel 2024-2026 si prevede infine la completa informatizzazione del sistema di gestione documentale in modo da poter gestire tutto il ciclo di vita del documento in maniera informatizzata (redazione bozza, valutazione, condivisione, approvazione, emissione, distribuzione, revisione, ecc...) con firme digitali e generazione in automatico dell'elenco dei documenti validi e controllati consultabile nella pagina web.

Tabella 6: le azioni di piano 2024-2026

Obiettivi	Azioni	Risultati attesi	Resp./Ref.
1. Efficacia ed appropriatezza clinica	Ulteriore sviluppo di Percorsi assistenziali integrati /PDTA sulla base delle migliori evidenze disponibili con particolare riferimento all'applicazione delle conoscenze fortemente raccomandate	Presenza degli strumenti di indirizzo clinico/terapeutico e assistenziale prioritari e previsti dal sistema di Governo Clinico Regionale e dai requisiti di accreditamento	<i>Comitato scientifico aziendale PDTA</i> <i>UOC Governo clinico</i> <i>Area Qualità e formazione strategica</i> <i>UOC SQeA</i> <i>UO Sicurezza del pz</i> <i>Strutture organizzative coinvolte</i>

Obiettivi	Azioni	Risultati attesi	Resp./Ref.
2. Efficienza ed appropriatezza organizzativa	Potenziamento e completamento delle reti integrate con particolare attenzione alla riorganizzazione sanitaria territoriale in conformità al DM 77/22 e alle normative regionali di attuazione (<i>DGRT 1508/2022, DRG/495/2024, ecc...</i>). Forte integrazione delle reti di prossimità territoriale con le reti ospedaliere e dell'emergenza urgenza	Presenza di una rete di servizi integrati solidi, continuativi e prossimi nel territorio costituita da attività /strutture autorizzate in cui vengono erogati percorsi clinico assistenziali accreditati (<i>COT; Case della Comunità; Ospedali di Comunità; Hospice; assistenza domiciliare; telemedicina, ecc..</i>)	<i>Direzione aziendale,</i> <i>Dipartimento Tecnico e Patrimonio</i> <i>UOC Governo clinico</i> <i>Area Qualità e formazione strategica</i> <i>UOC SQeA</i> <i>UO Sicurezza del pz</i> <i>Tutti i macrolivelli e le strutture organizzative coinvolte</i>
3. Tempestività e continuità delle cure	Ulteriore sviluppo dei DTA sulle patologie tempo dipendenti e sulla gestione delle malattie croniche (<i>principale strumento di integrazione ospedale territorio</i>)	Presenza di PDTA clinico assistenziali integrati per la gestione delle patologie tempo dipendenti e delle patologie croniche prevalenti in termini di volumi e rischio	<i>Comitato scientifico aziendale PDTA</i> <i>UOC Governo clinico</i> <i>Area Qualità e formazione strategica</i> <i>UOC SQeA</i> <i>UO Sicurezza del pz</i> <i>Strutture organizzative coinvolte</i>
4. Sicurezza	Riorganizzazione e potenziamento della Tavea (<i>Commissione Tecnica di Autorizzazione e Valutazione Edifici e Attività aziendali</i>), quale sistema di gestione integrata della sicurezza e strumento tecnico di supporto alla direzione aziendale	Presenza e messa in atto del nuovo regolamento della Tavea (Delibera aziendale) e della sua procedura di attuazione (PR AZI 066) Presenza di piani di intervento aggiornati e monitorati	<i>Direzione aziendale</i> <i>Dipartimento Tecnico e Patrimonio</i> <i>UO Autorizzazione</i> <i>UOC Governo clinico</i> <i>Area Qualità e formazione strategica</i> <i>UOC SQeA</i> <i>Rete Ospedaliera e Dir. Zone Distretto</i> <i>UOC Prevenzione e Protezione rischi;</i> <i>UOC Tecnologie Sanitarie (Estar)</i>

Obiettivi	Azioni	Risultati attesi	Resp./Ref.
5. Equità	<p>Rafforzamento delle reti integrate di prossimità territoriali con particolare attenzione ai bisogni delle comunità più a rischio (<i>cittadini fragili, minori, vittime di violenza e/o abusi, anziani, indigeni, ecc..</i>) che sono anche quelle che usufruiscono di meno dei servizi (<i>superamento della medicina di attesa</i>) attraverso un adeguato sviluppo della medicina di iniziativa e della nuova organizzazione dell'assistenza territoriale così come previsto dal DM 77/2022 (COT, CdC, OdC, Assistenza Domiciliare, Hospice, ecc..)</p>	<p>Presenza di una rete equilibrata dei servizi in grado rispondere con equità ai bisogni di salute dei cittadini attraverso una omogenizzazione delle modalità di <i>accesso, accoglienza, presa in carico integrata, informazione e orientamento del cittadino</i> (COT, PUA, database costantemente aggiornati sulla offerta pubblica e privata dei servizi territoriali e ospedalieri, ecc...)</p> <p>Presenza di Carte e Guide dei Servizi accurate, aggiornate e disponibili sul sito web.</p> <p>Presenza di programmazione di indagini di soddisfazione degli assistiti e familiari</p> <p>Presenza di sportelli di accesso omogenei sul territorio in grado di accogliere le domande orientare il cittadino</p>	<p><i>Direzione aziendale</i> <i>UOC Governo clinico</i> <i>Area Qualità e formazione strategica</i> <i>Governo delle relazioni con il pubblico, della partecipazione e dell'accoglienza</i> <i>UOC SQeA</i> <i>Rete Ospedaliera e Dir. Zone Distretto</i> <i>URP</i> <i>Consulta – Terzo Settore</i> <i>Strutture organizzative coinvolte</i></p>
6. Competenza professionale	<p>Formazione costantemente focalizzata sull'efficacia e appropriatezza clinica e organizzativa anche in relazione allo sviluppo delle reti clinico-assistenziali integrate e dell'innovazione organizzativa così come previsto dal DM 77/2022 e dalle normative regionali di recepimento</p>	<p>Presenza di un piano di formazione orientato allo sviluppo della Governance Clinica e in grado di garantire gli standard ed i modelli organizzativi di cui al DM 77/2022 e alle normative regionali di recepimento,</p>	<p><i>Area Qualità e formazione strategica</i> <i>Tutti i macrolivelli e le strutture organizzative coinvolte</i></p>
7. Umanizzazione delle cure	<p>Sviluppo a tutti i livelli della capacità di ascolto e di coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni.</p> <p>Potenziamento delle azioni messe in atto per combattere il dolore evitabile e non necessario</p> <p>Attivazione/implementazione dei servizi di supporto psicologico per: 1) pazienti affetti da patologie croniche-gravi-ingravescenti; 2) caregiver di utenti non-autosufficienti/affetti da disabilità in condizioni di gravità; 3) popolazione giovanile in condizione di disagio emotivo crescente con rischio maggiore di sviluppare sofferenze emotive/psicologiche / relazionali</p>	<p>Presenza di percorsi di cura realmente condivisi costruiti sulla base dell'esperienza degli utenti</p> <p>Presenza di percorsi di presa in carico di tipo psicologico dei cittadini fragili secondo i target individuati</p> <p>Presenza di un piano di formazione orientato allo sviluppo della capacità di ascolto (professionale e di sistema)</p> <p>Report di monitoraggio applicazione delle procedure in essere in tema di "gestione del dolore"</p>	<p><i>Direzione aziendale</i> <i>UOC Governo clinico</i> <i>Area Qualità e formazione strategica</i> <i>UOC SQeA</i> <i>Rete Ospedaliera</i> <i>Dipartimenti territoriali interessati</i> <i>Dir. Zone Distretto / Consulta – Terzo Settore</i></p>

Obiettivi	Azioni	Risultati attesi	Resp./Ref.
8. Soddisfazione degli operatori	<p>Mantenimento e sistema di motivazione/assegnazione obiettivi/valutazione</p> <p>Implementazione e sviluppo di azioni finalizzate a garantire pari opportunità di accesso alle progressioni di carriera professionale. Questa azione si pone in linea con le direttive Comunitarie in materia e con il Piano Triennale per le azioni positive (PAP) approvato dalla Regione Toscana per concorrere all'attuazione della Parità di genere e delle pari opportunità all'interno dei luoghi di lavoro</p>	<p>Report di valutazione performance</p> <p>Presenza del "Gender Equality Plan" o documento similare in cui sia esplicitato il piano aziendale orientato al superamento delle differenze di progressione di carriera/trattamento economico fra professionisti di diverso genere</p> <p>Presenza di eventi formativi rivolti a tutto il personale, per diffondere la conoscenza della normativa per la promozione delle pari opportunità e la prevenzione e il contrasto di ogni forma di discriminazione, in particolare modo della violenza di genere all'interno dei luoghi di lavoro</p>	<i>Direzione aziendale</i> <i>CUG</i> <i>UOC Governo clinico</i> <i>Area Qualità e formazione strategica</i> <i>UOC SQeA</i> <i>UOC Prevenzione e Protezione rischi;</i> <i>Rete Ospedaliera</i> <i>Dir. Zone Distretto</i> <i>Psicologia aziendale e salute organizzativa</i> <i>Tutti i macrolivelli e le strutture organizzative coinvolte</i>
9. Sicurezza del paziente	<p><i>Vedi tabella n. 3 sicurezza del paziente</i></p>		
10. Valutazione performance e MCQ	<p>Sviluppo di un sistema di autovalutazione di Pandora in una ottica di rete attraverso la costruzione di questionari in grado di monitorare l'applicazione degli standard di qualità e sicurezza nei setting aziendali afferenti a ciascuna rete.</p>	<p>Presenza di report di analisi delle autovalutazioni discussi nei riesami dei processi in modo da poter permettere anche in un'ottica di rete il percorso da intraprendere per migliorare la qualità e sicurezza delle cure</p>	<i>Direttori Dip, Aree e UO</i> <i>Direzioni ospedaliere e di zona</i> <i>UOC e Rete SP</i> <i>Program e controllo</i>

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MAIDA PISTOLESI

DATA FIRMA: 14/06/2024 12:20:30

IMPRONTA: 39336136383531663738373130306432393230356339623335633736306338313763646262383936