

PIANO AZIENDALE QUALITÀ E SICUREZZA ANNO 2018-2019

*La sicurezza è il terreno su cui si cammina,
la qualità è la stella che ci illumina il percorso,
l'innovazione lo spirito che ci guida*

REDATTO A CURA DI:

Direttore a.i. UOC Sviluppo Qualità **Fulvio Bessi**

Direttore UOC Sicurezza del paziente **Tommaso Bellandi**

Resp. UOS Rischio clinico Area Sud **Giuseppina Terranova**

Resp. UOS Rischio clinico Area Nord **Mario D'Amico**

Direttore UOC Miglioramento dei Processi organizzativi e sistema di auditing **Fulvio Bessi**

Direttore UOC Formazione **Francesco Niccolai**

Con il supporto di tutti gli operatori dell'area Qualità, Sicurezza e Miglioramento dei Processi: Eleonora Berti, Angela Bresciani, Angela Cappelli, Ottavia Elisei, Mauro Freschi, Lorella Marini, Angela Lucia Masini, Donatella Molinari, Ilaria Razzolini, Rossana Ricci, Valentina Rossi, Giulia Salvadorini, Monica Santoni, Ilaria Tonarelli, Pierluigi Vecchio.

VERIFICATO

Direttore Staff. Direzione Generale **Fulvio Bessi**

DISCUSO E CONDIVISO

Referenti dipartimentali Qualità e Sicurezza

Collegio di Direzione

APPROVATO

Direttore Generale AUSL **Maria Teresa De Lauretis**

Numero di pagine: 14

Allegati: 3

Tempo di lettura: 12 minuti

INDICE

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO
2. I RISULTATI DEL PIANO PRECEDENTE
3. ORGANIZZAZIONE PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA
4. OBIETTIVI E AZIONI DI PIANO PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA DELLE CURE
5. AZIONI IN CONTINUITA'
6. NORME DI RIFERIMENTO

Allegato 1. LISTA Facilitatori Qualita' e Sicurezza e Job Description (FQS)

Allegato 2. LISTA Referenti dipartimentali Qualita' e Sicurezza (RQS)

Allegato 3. QUALITA' e SICUREZZA NEI BUDGET 2018 DEI DIPARTIMENTI

Allegato 4. PRESIDIO REQUISITI AZIENDALI DI ACCREDITAMENTO

NB Gli allegati sono soggetti a revisione ed aggiornamento a cadenza almeno semestrale, la versione aggiornata è pubblicata sulla rete intranet IGEA dell'Azienda USL Toscana Nordovest a cura delle strutture dell'area QeS

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il presente documento definisce il Piano Aziendale per la Qualità e la Sicurezza delle cure dell'Azienda USL Toscana Nordovest, approvato in sede di Collegio di Direzione e valido per gli anni 2018-2019. Si tratta di un aggiornamento del Piano approvato ad Agosto 2017 e contiene nuove azioni di piano ed azioni in continuità che discendono dagli obiettivi elaborati dalla Direzione Aziendale sulla base del confronto con i Direttori di Dipartimento, i Direttori di Unità Operativa ed i Coordinatori delle professioni sanitarie tenutosi nel primo semestre del 2018. Tale confronto si è realizzato sia attraverso i tradizionali momenti di programmazione operativa (budget) che attraverso seminari ad hoc sulla qualità e la sicurezza dei processi clinico-assistenziali, organizzati tra Marzo e Giugno con tutti i Direttori di UOC ed i Coordinatori infermieristici e tecnici e che hanno visto la partecipazione, globalmente, di oltre 800 professionisti apicali.

Il Piano Qualità e Sicurezza contiene una serie di obiettivi ed azioni finalizzate a garantire il miglioramento continuo del valore dei servizi per la salute della popolazione, con un approccio orientato verso tutte le dimensioni della Qualità: **Sicurezza, Efficacia, Tempestività, Efficienza, Equità, Centralità della persona assistita.**

La **sicurezza dei pazienti** riveste un ruolo primario nella strategia aziendale in quanto parte integrante del diritto alla salute ed elemento di garanzia per le responsabilità dei professionisti e dell'organizzazione sanitaria, come sancito dalla Legge 24/2017.

Il piano aziendale 2017 pone una forte enfasi sulla responsabilizzazione di tutti gli operatori sanitari per la qualità e la sicurezza delle cure, in termini di accountability dell'organizzazione e di partecipazione consapevole dei professionisti al disegno ed all'auto-valutazione dei servizi, con il supporto delle funzioni di staff.

Gli importanti cambiamenti intercorsi dalla costituzione di USL Toscana Nordovest hanno richiesto alla direzione un aggiornamento dell'organizzazione e delle attività Q&S, per essere all'altezza delle sfide da affrontare insieme ai professionisti nella gestione dei processi clinico-assistenziali e di supporto.

2. RISULTATI DEL PIANO PRECEDENTE

Rete per la Qualità e la Sicurezza.

Nel corso del 2017 e durante la prima parte del 2018 è stata ridisegnata la rete aziendale qualità e sicurezza, con la nomina e la formazione (attraverso numerose edizioni di un percorso formativo “blended” dall’approccio innovativo) di oltre **600 Facilitatori Qualità e Sicurezza** (lista FQS e Job Description del FQS in allegato 1), **44 Referenti dipartimentali Qualità e Sicurezza** (Lista RQS in allegato 2), **5 Team di ambito territoriale** composti dal personale dell’Area Qualità e Sicurezza in staff alla Direzione.

Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente.

Le attività del sistema di segnalazione e apprendimento dagli incidenti alla sicurezza dei pazienti hanno avuto un notevole sviluppo: la nostra azienda ha raggiunto gli obiettivi regionali ed è risultata la **prima tra le aziende sanitarie per la produzione culturale di audit su eventi significativi e revisioni di mortalità e morbidità, che hanno dato luogo a 860 azioni di miglioramento documentate e 2060 incontri di revisione della casistica.**

La gestione degli eventi sentinella è risultata sistematicamente tempestiva, con la totalità dei casi gestiti secondo le modalità e le scadenze previste dal protocollo ministeriale SIMES. Per quanto riguarda le raccomandazioni e le pratiche per la sicurezza dei pazienti, in generale il risultato è stato buono, seppure ci siano dei margini di miglioramento importanti per quanto riguarda la sicurezza delle terapie farmacologiche (da implementare la riconciliazione delle terapie e la preparazione centralizzata dei farmaci antitumorali), la sicurezza in ambito materno-infantile (da avviare la checklist di sala parto) e la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza (in elaborazione il percorso sepsi).

Da valorizzare infine, il buon dato sull’indicatore relativo alle cadute, in cui diminuiscono quelle con danno ed aumenta la consapevolezza di prevenirle attraverso l’analisi dei near miss, nonché la riduzione delle richieste di risarcimento per evento avverso, in linea con il trend regionale.

Accreditamento istituzionale.

Gli adempimenti previsti dalla Regione Toscana in merito al processo di accreditamento istituzionale (attestazione dei Requisiti Aziendali ed attestazione dei Requisiti di tutti i Processi previsti dalla

norma) sono stati pienamente realizzati, secondo la tempistica e con la % di raggiungimento degli standard riportata in tabella 1.

Le attività di autovalutazione sono state ispirate al principio del coinvolgimento delle équipes cliniche e sono state quindi particolarmente ramificate e capillari. Come si può osservare i professionisti hanno individuato **un discreto margine di miglioramento** e le autovalutazioni (in primis sulle cartelle cliniche) hanno rappresentato un momento di consapevolezza importante. Lo Staff della Direzione Aziendale ha inoltre sviluppato un applicativo web-based ad hoc (**PANDORA – Piattaforma di AutovalutazioNe Dati e Osservazioni Rischi e Accreditamento**) per consentire di gestire in continuo e in modo semplice questa attività di autovalutazione permanente, anche in vista dell'avvio – nel 2019 – delle verifiche da parte del neo costituito Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione.

Tabella 1: risultati dell'accreditamento (prime attestazioni 2017-2018)

SCADENZA	PROCESSO	SottoProcessi	% MEDIA	% MIN/MAX	UO/UF autovalutate	N.Cartelle riviste
mar-17	Riabilitazione	9	78,4	69-90	14	350
lug-17	Area Critica	4	79,3	70-83	30	700
	Dipendenze	5	86,3	80-91	12	450
dic-17	Oncologico	5	76,4	73-82	48	550
	Emergenza Urgenza	4	81,4	79-83	52	2.400
	Materno Infantile	6	77,9	73-83	31	1.000
	Chirurgico	4	71,5	66-76	60	2.340
giu-18	Medico	6	70,0	62-75	52	1.250
	Salute Mentale	5	81,8	76-92	28	600
	Ambulatoriale	7	83,4	75-92	48	1.200
	Cure Primarie	1	70,1		13	650
		56	77,9%		388	11.490

Autorizzazione all'Esercizio. Nel corso del 2017 e durante la prima parte del 2018 sono stati attestati i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio di numerose strutture ospedaliere e territoriali, da intendersi come nuove aperture (es. Casa della Salute e distretti), trasferimenti attività presso altri edifici/strutture, aggiunta attività aggiuntive (es. ambulatorio Skin Cancer Unit per il Melanoma) ed aumento posti letto (es. terapia intensiva). L'iter di autorizzazione all'esercizio ha previsto il coinvolgimento diretto del personale delle strutture interessate e dei FQS per la fase di precompilazione delle liste e di una commissione locale (GAV) per la verifica finale ed emissione del parere sul possesso dei requisiti cogenti. I referenti Qualità Locali hanno garantito il coordinamento e la gestione del processo autorizzativo stesso. Un ruolo fondamentale è stato assunto dai FQS nella compilazione dell'ultima revisione del "Documento Organizzativo" ovvero di un documento che descrive dettagliatamente gli edifici, gli aspetti organizzativi e gestionali e le modalità operative, con lo scopo di raccogliere tutte le evidenze associate ai vari requisiti previsti dalle liste regionali e renderne agevole la ricerca in occasione delle verifiche delle commissioni regionali.

Gestione Documentale

Durante il 2018 è stata revisionata la procedura madre **"PR AZI 001 Gestione documentale"** accogliendo l'esigenza aziendale di semplificare le modalità e le responsabilità per la gestione controllata dei Documenti necessari al perseguimento della qualità e sicurezza delle cure, ovvero di Percorsi Assistenziali, Procedure, Protocolli, Istruzioni Operative e Documento organizzativo di struttura. Attualmente in tutta l'azienda sono applicati i nuovi documenti. Il sistema di pubblicazione della documentazione su "Robot" è centralizzato per i documenti di rilevanza aziendale su un'unica figura professionale che gestisce la fase di controllo formale del documento, l'attribuzione del numero progressivo, il repertorio, la pubblicazione (che sancisce la validità dello stesso) e la diffusione (tramite ufficio comunicazione). Ad oggi sono state pubblicate 78 procedure aziendali a cui se ne aggiungono 19 in fase di approvazione. Sono stati pubblicati 6 percorsi assistenziali aziendali (PAS), 14 regolamenti aziendali, 3 protocolli aziendali. La gestione dei documenti della qualità degli ex ambiti territoriali è in fase di revisione.

Certificazioni ISO

Durante il 2018 hanno ottenuto la certificazione per processi ai sensi della norma ISO 9001:2015 i seguenti Dipartimenti aziendali: Prevenzione; Legale; Affari Generali; Economico; Risorse Umane; Staff Direzione Generale; Tecnico e Patrimonio; Staff Direzione Sanitaria (servizio dosimetria - Fisica

Sanitaria); Diagnostica per immagini - Area Sud; Patologia Clinica: - Laboratorio analisi Livorno, Cecina, Piombino, Elba, Pontedera, Volterra, Lucca; - Servizio Trasfusionale Livorno, Cecina, Piombino, Elba, Pontedera, Volterra, Lucca; Laboratorio di Anatomia Patologica - Livorno.

Performance ed esiti clinici

Le attività legate alla qualità ed alla sicurezza del paziente sono condotte con l'obiettivo di contribuire ad elevare i livelli di performance ed in ultima analisi a migliorare gli esiti clinici e la soddisfazione dei pazienti, per quanto sia difficile stabilire dei nessi causa effetto lineari. Anche se il 2017 è stato un anno ancora di transizione per gli assetti organizzativi è possibile affermare che dal punto di vista clinico assistenziale il sistema ha tenuto: secondo il Sistema di Valutazione della Performance del MeS Sant'Anna quasi il 60% di indicatori presi in considerazione sono migliorati nel 2017 rispetto al 2016; inoltre numerosi indicatori di esito presi in considerazione dal PNE e dall'Agenzia Regionale di Sanità sono sensibilmente migliorati (particolarmente rilevante il trend positivo della mortalità a 30 giorni per Ictus e per IMA).

3. ORGANIZZAZIONE PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA

I valori su cui stiamo costruendo una visione condivisa e dinamica per la qualità e la sicurezza delle cure sono: **GIOCO DI SQUADRA, DISCIPLINA e CREATIVITA'**, che si articolano nelle modalità rappresentate dalla figura 1.

Questi tre principi ispiratori sostengono l'identità, formano le conoscenze, sollecitano le competenze e promuovono le attitudini degli operatori dei servizi e della rete aziendale qualità e sicurezza. Tutto il personale dell'azienda concorre al miglioramento, partecipando e sollecitando in modo proattivo la rete Q&S a pensare e ad agire seguendo i principi e gli obiettivi del presente piano.

Figura 1: i valori della rete Q&S

	Gioco di squadra	Disciplina	Creatività
Identità	Mettere in gioco le competenze individuali e dei team Q&S	Essere rigorosi in modo evolutivo nella propria identità professionale	Praticare quotidianamente la curiosità ed il dubbio
Conoscenze	Mobilitare e disseminare le conoscenze esplicite ed implicite	Studiare ed aggiornarsi quotidianamente	Mantenere spazi vitali per riflettere sulle prassi ed osservarle da punti di vista diversi
Competenze	Coltivare le relazioni nella rete Q&S Praticare l'ascolto attivo verso i professionisti di linea e di supporto	Mantenere gli impegni verso i colleghi della rete Q&S Anticipare gli impegni verso i professionisti di linea e supporto	Cercare sempre i tratti positivi nei colleghi Prendersi brevi pause salutari durante ogni giornata di lavoro
Attitudini	Rispondere sempre con feedback gentili e costruttivi	Rispondere in modo tempestivo e competente	Fare cultura con ogni gesto-testo

La Qualità e la Sicurezza sono proprietà emergenti di un sistema dove tutti gli operatori ed i professionisti si sentono responsabili dei processi a cui partecipano e dei risultati prodotti.

Il fattore umano è l'elemento centrale nel sistema sanitario, sia perché la nostra organizzazione si regge sulle qualità professionali e gestionali del personale, che per il valore delle cure che passa sempre attraverso una relazione interpersonale tra gli operatori e le persone assistite.

La complessa dinamica di interazioni tra i fattori umani, quelli tecnici ed organizzativi all'interno dell'ambiente di lavoro determina la qualità dei processi e gli esiti delle cure in termini di sicurezza ed

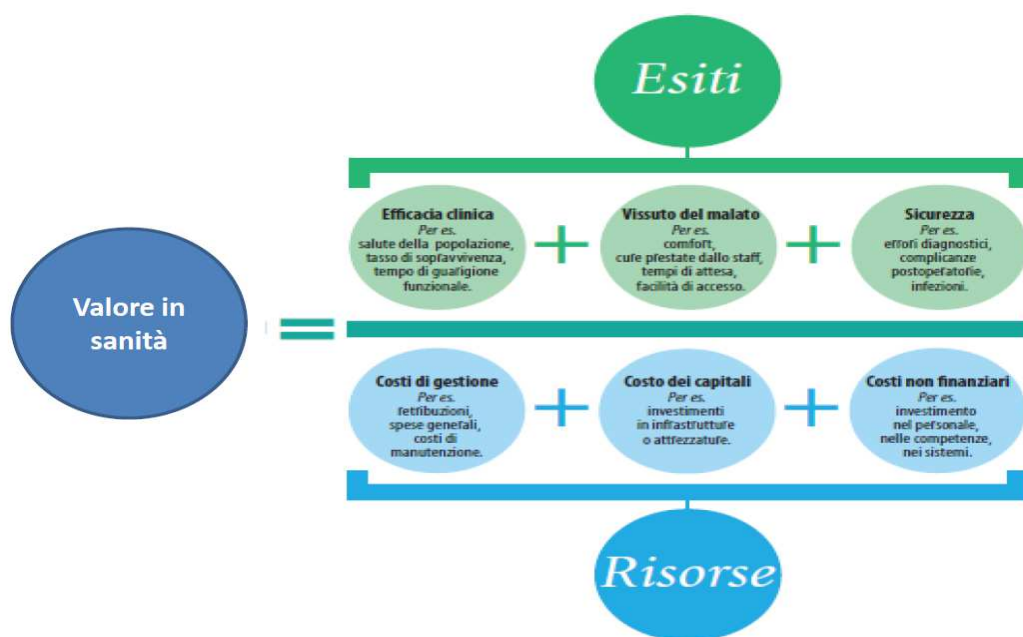
efficacia per la salute delle persone assistite, in una visione integrata che comprende la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi, le cure e la riabilitazione durante tutto l'arco della vita.

Il coinvolgimento attivo delle persone assistite e delle comunità a cui appartengono è la sfida principale per il presente e per il futuro, per cui è necessario un cambio di prospettiva che rafforzi la governance socio-sanitaria, riorienti il modello di cura attraverso la proattività delle cure e crei un ambiente professionale favorevole allo sviluppo di una cultura organizzativa improntata alla pianificazione, conduzione e valutazione delle attività sanitarie condivisa e co-prodotta con i cittadini e le comunità locali.

L'implementazione del concetto di **valore in sanità** (Figura 2) richiede un vero e proprio lavoro di squadra, significa soprattutto condivisione di responsabilità sulle prestazioni sanitarie offerte al paziente. È necessario, quindi, sostenere questo importante cambiamento, sia culturale sia organizzativo, che spinga tutti gli operatori a collaborare come un'organizzazione concentrata nella distribuzione dei migliori risultati di salute, da raggiungere nel modo più efficiente possibile.

Le strutture ed i professionisti dell'Area Qualità e Sicurezza sono coinvolti, ciascuno per il proprio ambito di competenza ed in una visione integrata, ed in collaborazione con tutte le altre strutture dell'Azienda, nel supporto agli operatori che lavorano sulla linea, nel coinvolgimento delle persone assistite e nella attuazione delle strategie aziendali per la qualità e la sicurezza. In questa visione, **la salute dei lavoratori è parte integrante nell'impegno dell'azienda per la qualità e sicurezza**, affermato sia nel presente documento che negli atti previsti dalla Legge 81/2009

Figura 2: **valore in sanità**

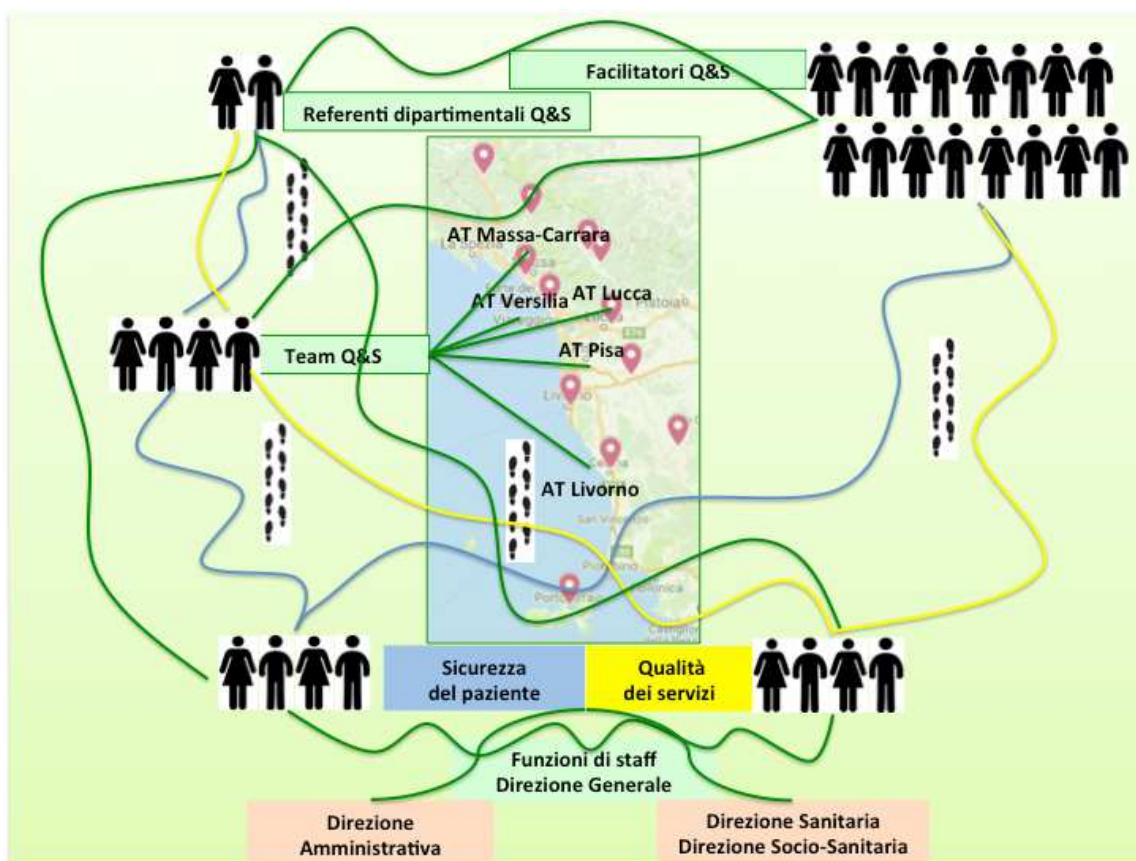


4. STRATEGIA AZIENDALE

L'Azienda USL Toscana Nordovest ha definito un **percorso strutturato di Qualità, Sicurezza e Miglioramento dei processi**, interpretando in modo disciplinato e creativo le linee di indirizzo e partecipando in modo costruttivo allo sviluppo delle politiche sanitarie nazionali e regionali. Tale percorso è **incorporato nell'amministrazione e gestione delle attività assistenziali**, con cui si combina nella **logica multidirezionale della rete** (fig. 2), con connessioni ed interazioni più o meno forti e cogenti a seconda del contenuto delle attività, delle risorse disponibili e del livello di maturità dell'organizzazione.

I servizi qualità, sicurezza e miglioramento dei processi, si interfacciano sistematicamente con le altre strutture di staff della Direzione Generale, con la Direzione Sanitaria e SocioSanitaria e Amministrativa per l'aggiornamento delle priorità e la risoluzione dei problemi che emergono dal monitoraggio delle attività assistenziali e dalle analisi qualitative e quantitative dei dati prodotti dai diversi sistemi di reportistica e dal dialogo costante con la rete dei FQS e RQS. Le leve su cui si basa l'azione manageriale dell'area Qualità e Sicurezza sono **la comunicazione, la semplificazione e la reportistica**.

Figura 2: la rete Q&S



FQS è la figura di riferimento all'interno di ogni unità operativa per le attività finalizzate al miglioramento della qualità e sicurezza, a cui dedica almeno il 5% del tempo di lavoro istituzionale.

Grazie alla formazione di base e continua, fornisce supporto al proprio Direttore o Coordinatore per il raggiungimento degli obiettivi del piano e partecipa in modo costruttivo alla rete aziendale, proponendo temi da condividere e da sviluppare al proprio RQS di riferimento ed al Team locale QeS.

RQS è il punto di riferimento per le questioni specialistiche di tipo tecnico-professionale integrate con le attività per la qualità e sicurezza di ogni dipartimento, per le quali fornisce supporto sia ai FQS del proprio dipartimento o area, che ai servizi di staff, dedicando almeno il 15% del proprio tempo di lavoro istituzionale.

I Team Q&S sono organizzati a livello di ambito territoriale e rappresentano le funzioni di staff aziendale, al fine di garantire coerenza e armonia sulle tematiche relative la qualità e la sicurezza dei pazienti, **sia per le attività ospedaliere che per quelle territoriali**.

Le interazioni tra gli attori nella rete Q&S sono bidirezionali e possono riguardare attività comuni tra le due funzioni, così come attività che attengono prevalentemente alla qualità o alla sicurezza.

Le attività istituzionali che caratterizzano la funzione aziendale per la **Sicurezza del paziente** sono suddivise in 4 assi ed ispirate dall'approccio sistemico proprio dell'ergonomia e dei fattori umani:

- il **sistema di segnalazione e apprendimento** dagli incidenti alla sicurezza del paziente
- l'applicazione ed il monitoraggio delle **buone pratiche, delle raccomandazioni e delle linee guida per la sicurezza dei pazienti**
- la **formazione continua** per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico
- l'**innovazione** e la partecipazione ad attività di ricerca e sviluppo per la sicurezza dei pazienti

Le attività istituzionali della funzione per la **Qualità dei servizi** sono suddivise in quattro ambiti e prevedono una forte integrazione con le competenze della direzione sanitaria e dell'ufficio tecnico:

- l'**accreditamento** istituzionale dei processi assistenziali
- l'**autorizzazione** delle strutture sanitarie,
- lo sviluppo ed il mantenimento delle **certificazioni** per i servizi che lo prevedono
- la gestione del **sistema documentale** per la qualità e la sicurezza

La funzione **Innovazione e miglioramento dei processi** si occupa della **progettazione e supervisione di programmi ed interventi ad alta complessità**, per armonizzare i flussi di lavoro che coinvolgono risorse umane, tecnologiche ed organizzative, per i quali la competenza ingegneristica offre un contributo essenziale di analisi e conduzione.

5. OBIETTIVI E AZIONI DI PIANO

Gli obiettivi generali per il biennio 2018-2019 sono stati semplificati e rivisti a partire da quanto indicato nel piano 2017, secondo lo schema che segue in tabella 1.

Tabella 1: **obiettivi generali**

Ob	Obiettivi piano 2017	Obiettivi Piano 2018-2019
1	Valorizzare l'esperienza degli utenti nel miglioramento dei servizi	Coinvolgere gli utenti nella co-produzione dei servizi, nella prevenzione dei rischi e dell'inappropriatezza
2	Supportare l'autovalutazione da parte dei professionisti e quindi i processi di accreditamento e di miglioramento continuo Promuovere a tutti i livelli l'appropriatezza e l'adozione di strumenti di indirizzo tecnico-professionale basati sulle evidenze	Incorporare la qualità e la sicurezza nelle pratiche cliniche e assistenziali nei servizi sanitari e socio-sanitari , promuovendo l'impiego di standard tecnico-professionali basati sulle evidenze e l'autovalutazione dei processi e degli esiti da parte dei professionisti
3	Incentivare, diffondere e sostenere la cultura del reporting e della trasparenza Presidiare gli eventi avversi, promuoverne l'analisi e monitorare le azioni di miglioramento che ne scaturiscono	Incentivare e diffondere le attività di segnalazione, gestione e apprendimento dagli incidenti alla sicurezza dei pazienti secondo standard comuni Collaborare con le strutture di Medicina Legale per l'analisi dei sinistri e per l'organizzazione di audit sugli esiti accertati mediante riscontro diagnostico , in casi di interesse ai fini preventivi
4	Supportare gli operatori a tutti i livelli attraverso la formazione continua e sistemi di valorizzazione e valutazione coerenti	Supportare gli operatori a tutti i livelli attraverso la formazione continua, la comunicazione interna e schemi di valorizzazione e valutazione coerenti
5	Costruire un sistema chiaro e ramificato di governance della qualità e della sicurezza Analizzare, riorganizzare, uniformare e monitorare i macroprocessi aziendali nell'ottica della qualità e della sicurezza	Sviluppare e mantenere un sistema snello di gestione della qualità e della sicurezza, con standard metodologici e documentali condivisi e basati sulle evidenze

I 5 obiettivi generali sono poi articolati in azioni di piano che vengono aggiornate periodicamente sulla base dell'andamento dei dati di attività e di eventuali nuove indicazioni provenienti dai livelli regionale e nazionale.

Le azioni indicate nella tabella 2 vengono attuate mediante lo sviluppo di programmi e progetti di lavoro integrati nelle attività istituzionali dei soggetti coinvolti, oppure mediante progetti ad hoc in caso di iniziative innovative non ancora codificate in indirizzi di politica sanitaria.

Per la conduzione di alcune azioni viene impiegato lo strumento del budget annuale, i cui obiettivi per l'anno 2018 sono raccolti nell'allegato 4.

Tabella 2: azioni di piano

O b	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 1.5 Sperimentazione di <i>patient reported outcomes</i>	Migliore performance nella comunicazione con gli utenti e tra operatori Controllo del contenzioso Riduzione prestazioni inappropriate	Servizi e Rete Q&S URP Comunicazione Medicina legale
2	2.1 Revisione percorsi di cura ed integrazione sistematica di elementi di qualità e 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	Accredimento 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 Servizi Q&S Program e controllo
3	3.1 Incontri di aggiornamento sul sistema di segnalazione e analisi degli incidenti e cooperazione con sistemi vigilanza 3.2 Organizzazione di un grand round per ogni dipartimento per condividere i casi studio di lezione apprese da analisi di incidenti 3.3 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	Aumento segnalazione IR e attività di Audit e M&M nelle strutture con performance RLS carente Miglioramento standard qualità Audit e M&M Identificazione e analisi aggressioni nel SiGRC	Servizio S Sistemi vigilanza Servizio Prevenzione e Protezione Benessere Organizzativo Medici lavoro
4	4.1 Collaborare alla progettazione, conduzione e valutazione degli eventi formativi attinenti la qualità e sicurezza delle cure 4.2 Contribuire allo sviluppo di un programma di formazione mediante simulazione, a partire dalle aree a maggiore rischio (area critica, chirurgica e materno-infantile)	Colmare i bisogni formativi a partire dai servizi con performance peggiore Armonizzare la gestione delle situazioni critiche nei team sul piano tecnico e non-tecnico	Servizi Q&S, formazione e istruttori simulazione
5	5.1 Revisione e armonizzazione del sistema di gestione documentale 5.2 Software aziendale di autovalutazione periodica 5.3 Collaborazione allo sviluppo e implementazione degli elementi di sicurezza e qualità nella cartella clinica elettronica 5.4 Avvio del sistema di auditing interno e consolidamento del Riesame della Direzione 5.5 Estensione del sistema qualità e sicurezza aziendale ai servizi socio-sanitari	Avvio RLS e buone pratiche nei servizi socio-sanitari Sistema documentale Verifica esterna della qualità e sicurezza e mantenimento certificazioni . Riduzione del 50% dei documenti Semplificazione del monitoraggio PSP e RM	Servizi e Rete Q&S Cabina ICT Direttore Servizi socio-sanitari e Medicina generale

5. AZIONI IN CONTINUITA'

Oltre alle azioni sopraelencate l'Azienda intende continuare a perseguire con continuità i seguenti **obiettivi di miglioramento che sono stati indicati nel Piano Q&S 2017:**

- Implementazione modello organizzativo per la governance integrata di qualità e sicurezza
- Attestazione requisiti di esercizio delle strutture ad oggi non certificate o variate nel tempo
- Monitoraggio attuazione linee guida per la regolamentazione del processo chirurgico
- Implementazione Unità centralizzate per la preparazione dei Farmaci Antiblastici su tutto il territorio aziendale
- Applicazione e monitoraggio nuova regolamentazione del macroprocesso di assistenza protesica
- Applicazione e monitoraggio nuova regolamentazione del macroprocesso dei trasporti sanitari ordinari

Si rimanda al Piano Q&S 2017 per l'elenco delle azioni in continuità ereditate **dai passati cicli di programmazione.**

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Piano aziendale Qualità e Sicurezza 2017 della USL Toscana Nordovest
- Atti di organizzazione aziendale della USL Toscana Nordovest
- Regolamento 79/R di attuazione della L.R. 51/2009 ed altre norme regionali in materia di [qualità](#) e [sicurezza](#) delle strutture sanitarie e socio-sanitarie
- [Relazione annuale 2017](#) e programma di attività del Centro GRC 2018
- Legge 81/2008 Testo unico salute e sicurezza sul lavoro
- [Legge 24/2017](#) su sicurezza delle cure e responsabilità degli operatori sanitari
- Legge 219/2017 su consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento
- Documenti di indirizzo del [Ministero della Salute](#) e di [Agenas](#) su governo clinico, sicurezza e qualità delle cure
- Norme di indirizzo dell'[Unione Europea](#) e dell'[OMS](#) su sicurezza e qualità delle cure

Allegato 1. LISTA Facilitatori Qualità e Sicurezza e Job Description (FQS)

La lista ufficiale ed aggiornata dei Facilitatori Qualità e Sicurezza comprende oltre 500 nominativi ed è disponibile sulla Intranet IGEA al seguente indirizzo:

<http://uslnordovest.toscana.it/igea/qualita3/qualitu-e-sicurezza/351-elenco-facilitatori-qualita-e-sicurezza>

JOB DESCRIPTION DEL FQS

Il Facilitatore Qualità e Sicurezza è un professionista che:

- promuove nel proprio contesto operativo la cultura e gli strumenti del miglioramento continuo
- facilita i processi di reporting, di analisi e di autovalutazione (Segnalazioni, Audit, M&M, Riunioni, Sopralluoghi, Analisi delle cartelle, ecc)
- supporta le attività inerenti la conoscenza, l'attuazione e l'attestazione di requisiti, pratiche e raccomandazioni per la qualità e la sicurezza delle cure (requisiti di esercizio, requisiti di accreditamento, pratiche per la sicurezza dei pazienti, raccomandazioni ministeriali, ecc.)
- partecipa alle attività della Rete aziendale qualità e sicurezza, collaborando alla revisione, aggiornamento ed innovazione dei metodi e degli strumenti di lavoro
- cura il proprio aggiornamento continuo sia per gli aspetti tecnico-professionali, che per i principi e metodi della qualità e sicurezza delle cure

E' individuato dal Direttore della propria struttura, ha svolto un percorso formativo dedicato, è autorevole nel proprio contesto operativo e competente nelle relazioni interpersonali, ha a disposizione un tempo dedicato e protetto per svolgere questa funzione (5% del proprio monte orario)

E' quindi un Facilitatore di processi di miglioramento che chiamano in causa necessariamente tutto il gruppo di lavoro e che sono condivisi con i Responsabili.

NON E' un Controllore, un Delegato, un Burocrate, una Spia, un Segretario, un Redattore, un Capro Espiatorio, un Parafulmine, un Battitore Libero, un Missionario

Si coordina nella propria attività, oltre che con il proprio Responsabile, con i Team Qualità e Sicurezza del territorio di riferimento, a loro volta espressione delle competenze e delle direttive delle Unità Operative dell'area Qualità, Sicurezza e Miglioramento Processi dello STAFF della DG.

Allegato 2. LISTA Referenti dipartimentali Qualità e Sicurezza (RQS)

Sono stati individuati a metà 2018 dai Direttori di Dipartimento in coerenza con quanto previsto dal Piano QeS 2017 ed a seguito di richiesta da parte dello Staff DG. Hanno svolto formazione almeno al livello di FQS e costituiscono il punto di riferimento per le questioni specialistiche di tipo tecnico-professionale integrate con le attività per la qualità e sicurezza di ogni dipartimento

Nome	Profilo	Sede	Dipartimento	Area
Di Marzo Francesco	Medico	Versilia	Chirurgico	Chirurgia generale
Coschignano Giuseppe	Medico	Pontedera	Chirurgico	Chirurgie specialistiche
Bemi Pietro	Medico	Lucca	Diagnostica per immagini	Radiodiagnostica
Manghetti Marta	Medico	Lucca	Emergenza Urgenza, Area Critica, Blocco Ope	Emergenza-Urgenza
Giannecchini Laura	Medico	Lucca	Emergenza Urgenza, Area Critica, Blocco Ope	Critica
Martinelli Anna	Medico	Lucca	Emergenza Urgenza, Area Critica, Blocco Ope	Blocco operatorio
Casella Pierluigi	Farmacista	Massa	Farmaco	Farmacia
Vaccaro Angelina	Medico	Lucca	Materno-infantile	Pediatria
Scida Patrizia	Medico	Pontedera	Materno-infantile	Ostetrica
Gazzi Silvia	Biologa	Versilia	Materno-infantile	Ostetrica
Mambrini Andrea	Medico	Massa	Oncologico	Oncologia
Ceretelli Silvia	Medico	Livorno	Patologia clinica	Trasfusionale
Perini Antonella	Infermiera	Livorno	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref hle/terr
Franchi Ursula	Infermiera	Cecina	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref hle/terr
Petrini Marta	Infermiera	Piombino	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref hle/terr
Vallini Simona	Infermiera	Pontedera	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref hle/terr
Mazzotti Rosa Mila	Infermiera	Lucca	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref hle/terr
Francesconi Chiara	Infermiera	Versilia	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref hle/terr
Bruschi Elisa	Ostetrica	Apuane	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref aziendale OST
Cavicchioli Annamaria	Infermiera	Volterra	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref hle/terr
Sani Monia	Infermiera	Pisa	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref terr
Bertolini Maria Paola	Infermiera	VDS	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref hle/terr
Colonnata Chiara	Infermiera	Lunigiana	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref hle/terr
Sacconi Paola	Infermiera	Aziendale	Prof.ni Infermieristiche ed Ostetriche	ref aziendale INF
Galluzzi Fabio	Medico	Lucca	Riabilitazione	area nord
Pitanti Antonella	Medico	Massa	Salute mentale e dipendenze	Salute mentale
Cerù Angelo	Medico	Massa	Salute mentale e dipendenze	Salute mentale
Bonagurelli Isabella	Amministrativa	Valle del Serchio	Salute mentale e dipendenze	Dipendenze
Sarlo Roberto	Medico	Lucca	Salute mentale e dipendenze	Salute mentale
Gepponi Isabella	Medico	Pisa	Salute mentale e dipendenze	Salute mentale
Farnè Marco	Medico	Lucca	Sanità territoriale	Zona di Lucca e Garfagnana
Fabozzi Ornella	Medico	Elba	Sanità territoriale	Zona Elba
Catelli Donatella	Medico	Versilia	Sanità territoriale	Zona Versilia
Lorenzini Chiara	Medico	Lunigiana	Sanità territoriale	Zona Lunigiana
Brizzi Piera	Medico	Apuane	Sanità territoriale	Zona Apuane
Ceragioli Giulia	Medico	Apuane	Sanità territoriale	Zona Apuane
Caschilli Milli	Medico	Livorno	Sanità territoriale	Zona Livorno
Guarneri Francesca	Medico	Cecina	Sanità territoriale	Zona Val Di Cecina e Val Di Cornia
Trimarchi Giuseppina	Psicologa	Pontedera	Sanità territoriale	Consulitoriale
Franchi Catuscia	Assistente sociale	Volterra	Servizio Sociale	Zona Alta Val di Cecina
Fusi Serena	Assistente sociale	Pontedera	Servizio Sociale	Zona Valdera
Frongia Ylenia	Assistente sociale	Pisa	Servizio Sociale	Staff Dipartimento
Lorenzini Laura	Tenico sanitario	Livorno	Prof.ni Tec-San, Riabilitaz e Prevenzione	Zona sud
Tozzi Elisabetta	Tenico sanitario	Massa	Prof.ni Tec-San, Riabilitaz e Prevenzione	Zona nord

Allegato 3. QUALITA' e SICUREZZA NEI BUDGET 2018 DEI DIPARTIMENTI

	DIPARTIMENTI INTERESSATI	OBIETTIVO DIPARTIMENTI INTERESSATI
Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	TUTTI I DIPARTIMENTI TRANNE PREVENZIONE (ECCETTO IGIENE PUBBLICA E MEDICINA DELLO SPORT che sono interessati) E SOCIALE	partecipazione ai corsi di formazione programmati del personale convocato
Rischio clinico e analisi degli esiti: sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM ; organizzazione di almeno un audit sui dati del PNE	TUTTI I DIPARTIMENTI TRANNE PREVENZIONE (ECCETTO IGIENE PUBBLICA E MEDICINA DELLO SPORT che sono interessati) E SOCIALE	inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento
Rischio clinico, trasparenza e comunicazione medico-paziente: contestualizzazione di un percorso di comunicazione medico-paziente idoneo a garantire scelte consapevoli e informate, realizzazione di modulistica aziendale a supporto del processo informativo e del consenso all'atto medico e trasmissione della stessa al CEL per l'approvazione finale	TUTTI I DIPARTIMENTI CLINICI, STAFF DS E UUOCC MEDICINA LEGALE, CEL	1) Revisione linea di indirizzo sul consenso informato alla luce della Legge 219/2018, consulenza e supporto alle strutture sugli aspetti medico-legali (STAFF DS UUOCC Medicina Legale) 2) elaborazione di procedura per la contestualizzazione del processo informativo nei vari setting aziendali, per la semplificazione del linguaggio e l'usabilità dei testi, consulenza e supporto con focus sulla comunicazione (Staff DG UO Sicurezza del Paziente); 3) elaborazione della modulistica secondo i format aziendali unitamente ad elenco delle procedure invasive e trasmissione al CEL unitamente a modulo di approvazione (Dipartimenti Clinici); 4) approvazione finale della modulistica a cura del CEL
1) QUALITA' E SICUREZZA IN SALA OPERATORIA	DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA AREA CRITICA E BLOCCO DIPARTIMENTO CHIRURGICO, DIPARTIMENTO PROFESSIONE INFERMIERISTICA, RETE OSPEDALIERA	1) adozione di una checklist unica aziendale in sala operatoria e nei setting di chirurgia ambulatoriale, contestualizzazione delle Raccomandazioni ministeriali NN. 2-3 attraverso una procedura (Dipartimenti coinvolti, Staff DG 2018) 2) contestualizzazione dei 12 obiettivi del Manuale sulla Sicurezza in Chirurgia - condivisione di percorsi, elaborazione linee di indirizzo per definire standard uniformi in tutti gli ambiti aziendali (Dipartimenti coinvolti, Staff DG 2019)
2) QUALITA' E SICUREZZA IN SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE IN COLLABORAZIONE CON IL DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICA E CON IL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	1) contestualizzazione della Raccomandazione ministeriale numero 4 attraverso l'elaborazione di linee di indirizzo aziendali per la prevenzione del suicidio e dell'allontanamento del paziente fragile nelle strutture aziendali (DIP SALUTE MENTALE, DIP PROFESSIONI, RSPP) (2018) 2) omogeneizzazione dei comportamenti in tema di contenzione e TSO ed elaborazione di procedure aziendali (DIP SALUTE MENTALE, DIP PROFESSIONI) (2018)
3) QUALITA' E SICUREZZA NELLE DEGENZE	DIPARTIMENTI CLINICI E AL DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI	elaborazione di linee di indirizzo aziendali per la prevenzione e la gestione del Delirium e degli stati di agitazione nel paziente fragile DIPARTIMENTI CLINICI E DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI (2018)
4) QUALITA' E SICUREZZA NEL PERCORSO TRASFUSIONALE	DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA/AREA TRASFUSIONALE	contestualizzazione della Raccomandazione ministeriale numero 5 attraverso l'elaborazione di una procedura sul buon uso del sangue che garantisca la sicurezza, la tracciabilità, la corretta conservazione e trasfusione degli emocomponenti in tutte le fasi del processo DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA/AREA TRASFUSIONALE (2018)
5) QUALITA' E SICUREZZA NEL PROCESSO ONCOLOGICO	DIPARTIMENTO DEL FARMACO IN COLLABORAZIONE CON IL DIPARTIMENTO ONCOLOGICO E CON IL DIPARTIMENTO PROFESSIONI	contestualizzazione della Raccomandazione ministeriale n. 14 attraverso l'elaborazione di un Manuale per la gestione in sicurezza degli antitumorali (2018-2019) DIPARTIMENTO DEL FARMACO IN COLLABORAZIONE CON IL DIPARTIMENTO ONCOLOGICO E CON IL DIPARTIMENTO PROFESSIONI
6) QUALITA' E SICUREZZA NELLA GESTIONE DELLA SEPSI	AL DIRETTORE RETE OSPEDALIERA, AL DOTT. STEFANO BUZZIGOLI (CIO AZIENDALE), AI DIPARTIMENTI EMERGENZA-URGENZA, CHIRURGICO, MATERNO-INFANTILE, MEDICO, PATOLOGIA CLINICA, PROFESSIONI	elaborazione di linee di indirizzo aziendali per la tempestiva diagnosi e la corretta gestione della sepsi, contestualizzazione delle stesse nei presidi ospedalieri aziendali in una logica di Rete integrata (2018) DIRETTORE RETE OSPEDALIERA, AL DOTT. STEFANO BUZZIGOLI (CIO AZIENDALE), AI DIPARTIMENTI EMERGENZA-URGENZA, CHIRURGICO, MATERNO-INFANTILE, MEDICO, PATOLOGIA CLINICA, PROFESSIONI
7) QUALITA' E SICUREZZA IN AMBITO MATERNO-INFANTILE	AL DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE, AL DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICA/OSTETRICA e ALL'AREA CONSULTORIALE	contestualizzazione delle pratiche per la sicurezza/raccomandazioni ministeriali attraverso: 1) la redazione di procedure aziendali per la gestione della distocia di spalla e dell'emorragia post-partum (DIP MATERNO-INFANTILE, PROFESSIONI), 2) per la prevenzione della morte materna e della morte o grave danno in neonato sano di peso > 2500 gr (DIP MATERNO-INFANTILE, PROFESSIONI, AREA CONSULTORIALE) (2018)
8) QUALITA', APPROPRIATEZZA E SICUREZZA NELLA GESTIONE DI FARMACI E DISPOSITIVI	AL DIPARTIMENTO DEL FARMACO	contestualizzazione delle pratiche per la sicurezza/raccomandazioni ministeriali attraverso la omogeneizzazione dei percorsi e la redazione di procedure aziendali per la farmacovigilanza, dispositivi di vigilanza, prevenzione dell'errore in terapia verifica di appropriatezza su specifiche classi di farmaci (es antibiotici) DIP FARMACO (2018-2019)
9) QUALITA' E SICUREZZA : LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE/UTENTE	TUTTI I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E TERRITORIALI, DIP PROFESSIONI, DIP TECNICO	elaborazione di una procedura aziendale sulla corretta identificazione del paziente, adozione del braccialetto identificativo in tutte le strutture ospedaliere di degenza DIP OSPEDALIERI E TERRITORIALI, DIP PROFESSIONI, DIP TECNICO (2018)
10) QUALITA' E SICUREZZA NELLA GESTIONE DELLA FRAGILITA' SUL TERRITORIO	DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE, DIPARTIMENTO SANITA' TERRITORIALE, ZONE-DISTRETTO E SERVIZIO SOCIALE, NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA', DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE, DIPARTIMENTO INFERMIERISTICO	elaborazione di una procedura/linee di indirizzo aziendali sull'attivazione della Rete socio-sanitaria integrata per la presa in carico dei soggetti fragili sul territorio DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE, DIPARTIMENTO SANITA' TERRITORIALE, ZONE-DISTRETTO E SERVIZIO SOCIALE, NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA', DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE, DIPARTIMENTO INFERMIERISTICO (2018-2019)

Allegato 4. PRESIDIO REQUISITI AZIENDALI DI ACCREDITAMENTO

Riferimento: All.D Reg. 79/R attuativo L.51/2009

Requisito	Evidenze	Dipartimento Competente a presidiare il Requisito per conto della Direzione Generale	Nota di attenzione per TUTTI i Dipartimenti
1.1.1. Ruoli	(I) Atto aziendale orientato alla <i>governance</i> clinica, focus sul miglioramento continuo nella mission aziendale, organigramma, repertorio delle strutture organizzative e declaratoria delle funzioni coerenti (II) Declaratoria delle funzioni dei direttori di dipartimento/struttura che ne definisce il ruolo di interfaccia tattica del governo clinico e di collegamento fra la Direzione e le strutture complesse/professionisti di loro competenza	Dipartimento Risorse Umane	
1.1.2. Rete Aziendale Qualità e Sicurezza	(III) Descrizione della rete Qualità e Sicurezza e delle sue modalità di funzionamento (IV) Schede di posizione che declinano i compiti e le funzioni delle figure di riferimento come facilitatori all'interno del team e la quota parte dell'orario di lavoro da destinare a questa attività	Dipartimento Staff Direzione Generale – Area Qualità, Sicurezza e Processi	I Dipartimenti contribuiscono alla Rete Qualità e Sicurezza individuando e abilitando i Facilitatori
1.2.1 Programmazione	(V) Obiettivi specifici di qualità e sicurezza nelle schede di budget o in analoghi documenti di programmazione	Dipartimento Staff Direzione Generale – Area Programmazione e Controllo	I Dipartimenti nella negoziazione di budget devono declinare gli obiettivi di qualità e sicurezza
1.2.2 Riesame	(VI) Riunioni di valutazione al livello strategico dell'andamento degli obiettivi di qualità e sicurezza	Direzione Generale	
2.1.1 Compiti e Funzioni	(VII) Schede di posizione con la definizione delle competenze attese in relazione alla qualità e sicurezza delle cure	Dipartimento Risorse Umane	I Dipartimenti devono contribuire a definire le schede di posizione per profilo professionale ed area
2.1.2 Formazione	(VIII) Presenza nel piano annuale di formazione di iniziative specifiche coerenti con lo sviluppo della governance clinica	Dipartimento Staff Direzione Generale – UOC Formazione	I Dipartimenti contribuiscono alla definizione ed alla implementazione del P.A.F.
2.2.1 Valutazione del Personale	(IX) Schede della valutazione individuale che includono il riferimento ad obiettivi di qualità e sicurezza	Dipartimento Risorse Umane	I Dipartimenti raccomandano i propri Direttori UO affinché nelle schede di assegnazione obiettivi individuali vi siano i riferimenti ad obiettivi di qualità e sicurezza
2.2.2 Benessere Organizzativo	(X) Report delle rilevazioni effettuate in merito al clima interno ed al benessere organizzativo	Direzione Generale – UOC Benessere organizzativo	I Dipartimenti promuovono le indagini di clima e la restituzione dei risultati. La UOC Benessere organizzativo darà priorità alle aree e dipartimenti concordati a livello di direzione generale
3.1.1 Sicurezza dei Dati	(XI) Sistema integrato di gestione dei dati clinici ed amministrativi orientato al paziente (alimentazione FSE, cartella clinica integrata con gli applicativi gestionali trasversali) informatizzato o, in sua assenza, un piano di transizione verso la digitalizzazione, tale da favorire un utilizzo tempestivo delle informazioni per la governance clinica (XII) Piano di disaster recovery	Dipartimento Staff Direzione Generale	
3.2.1 Documentazione Sanitaria	(XIII) Report di monitoraggio sulla qualità della documentazione sanitaria, note di trasmissione, progetti di miglioramento specifici (XIV) Iniziative di formazione specifica e di retraining costante per assicurare la corretta compilazione della documentazione sanitaria	Dipartimento Rete Ospedaliera	I Dipartimenti partecipano al processo di valutazione e controllo adeguatezza della doc. sanitaria

4.1.1. Impegni verso i cittadini	(XV) Esempi di iniziative di informazione attuate	Dipartimento Staff Direzione Generale – UOC Comunicazione	I Dipartimenti garantiscono il rispetto degli impegni dichiarati nella carta dei servizi
4.1.2 Reclami e Segnalazioni	(XVI) Esempi di attività di miglioramento, emerse tramite la gestione dei reclami e delle segnalazioni dei cittadini, implementate e monitorate (XVII) Report periodici per la direzione e per le articolazioni organizzative	Dipartimento Staff Direzione Generale – UOC Comunicazione	I Dipartimenti ricevono i dati inerenti reclami e segnalazioni e contribuiscono alla realizzazione delle azioni di miglioramento collegate
4.1.3. Coinvolgimento dei Pazienti	(XVIII) Esempi di iniziative di coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti attuate sugli obiettivi di qualità e sicurezza delle cure	Dipartimento Staff Direzione Generale	
5.1.1. Competenze Rete Qualità	(XIX) Sono identificati i livelli di competenza richiesti per chi lavora nella rete attraverso l'individuazione del curriculum formativo e professionale delle figure di riferimento della rete aziendale per la qualità e la sicurezza e la declaratoria dei livelli di competenza richiesti	Dipartimento Staff Direzione Generale – Area Qualità, Sicurezza e Processi	
5.1.2. Piano Qualità e Sicurezza	(XX) Piano aziendale qualità e sicurezza corredato da una relazione sui risultati raggiunti	Dipartimento Staff Direzione Generale – Area Qualità, Sicurezza e Processi	I Dipartimenti contribuiscono alla definizione ed alla implementazione del Piano
5.1.3 Documenti Qualità	(XXI) Procedure, protocolli, istruzioni operative sintetiche ed adeguatamente compilate (es. diagrammi di flusso, immagini, video ecc.) (XXII) Le procedure ed i protocolli sono reperibili in un repository aziendale di facile accesso (es. intranet aziendale ecc.) e periodicamente revisionate (XXIII) Le Istruzioni operative sono presenti e facilmente reperibili nelle sedi di utilizzo nelle quali può rendersi effettivamente necessaria la consultazione rapida da parte del personale	Dipartimento Staff Direzione Generale – Area Qualità, Sicurezza e Processi	I Dipartimenti conoscono ed applicano le regole aziendali per la gestione documentale
6.1.1. Schedulazione	(XXIV) I tempi di attesa per l'accesso ai percorsi programmati (chirurgico elettivo, ambulatoriale, diagnostico) in regime istituzionale ed in libera professione sono disponibili ed utilizzati al fine del miglioramento della programmazione dei servizi	Dipartimento Rete Ospedaliera Dipartimento Staff Direzione Sanitaria	I Dipartimenti conoscono ed applicano le regole aziendali
6.1.2 Prenotazione	(XXV) Sistemi di prenotazione e di consultazione on line, telematici o telefonici (XXVI) Agende per la presa in carico del paziente successivamente al primo accesso adeguatamente dimensionate, gestite in modo trasparente e condiviso con la Direzione	Dipartimento Servizi Generali Dipartimento Staff Direzione Sanitaria	
7.1.1 Servizi interni	(XXVII) Report periodici di monitoraggio sul livello di aderenza agli standard previsti con analisi degli scostamenti e degli interventi correttivi	Dipartimento Rete Ospedaliera	I Dipartimenti conoscono ed applicano gli standard di servizio definiti
7.2.1 Servizi Esterni	(XXVIII) Schede di posizione con identificazione delle responsabilità di controllo e monitoraggio o conferimento incarico documentato (XXIX) Report periodici di monitoraggio dei fornitori esterni con analisi delle non conformità e gestione degli interventi correttivi	Dipartimento Servizi Generali Dipartimento Rete Ospedaliera	
8.1.1 Processo di Valutazione	(XXX) Verbali, check list, rapporti delle valutazioni preliminari all'introduzione delle innovazioni	Dipartimento Staff Direzione Generale – Area Qualità, Sicurezza e Processi	I Dipartimenti conoscono ed applicano le modalità per la valutazione delle innovazioni
8.1.2 Valutazione Multidisciplinare	(XXXI) Gruppi di lavoro attivi su progetti innovativi dell'organizzazione dei processi e delle attività	Dipartimento Staff Direzione Generale – Area Qualità, Sicurezza e Processi	

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: BESSI FULVIO

CODICE FISCALE: IT:BSSFLV54B18D612R

DATA FIRMA: 30/10/2018 16:23:59

IMPRONTA: 64356130623761326163363530373462393165323036316138656132616535313866613062303134