

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST
Area Dipartimentale Qualità e Sicurezza delle Cure
Staff della Direzione Sanitaria

**PIANO AZIENDALE INTEGRATO PER LA QUALITA' E LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO**

ANNO 2024

Redazione e proposta di adozione	Funzione	Firma
Dr. Roberto Monaco ¹	Direttore Area Dipartimentale qualità e sicurezza delle cure	

¹ Gruppo di lavoro: Appolloni Francesca, Bicelli Flora, Brunelli Laura, Capitoni Daniela, Fiori Maria Pia, Franci Erika, Franci Gianluca, Menchetti Sandra, Parca Gino, Pilia Silvana, Terzani Edy, Zanchi Abramo Stefano.

PREMESSA.....	3
SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
IL CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	4
CONTESTO INTERNO: AREA DIPARTIMENTALE QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE.....	6
ANDAMENTO E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	6
Il monitoraggio aziendale.....	6
Le azioni di mitigazione del rischio sanitario.....	7
RESOCONTO DELLE ATTIVITA' 2023 -SINTESI.....	8
IL PIANO.....	10
A) FORMAZIONE.....	11
B) ATTIVITA' DI CLINICAL RISK MANAGEMENT E DI PREVENZIONE DEL CONTENZIOSO.....	11
C) ATTIVITA' INFECTION CONTROL.....	13
D) ATTIVITA' DI CONTROLLO DELLA PRODUZIONE PROCEDURALE AZIENDALE.....	15
E) AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE ISO 9001:2015.....	16
F) EMPOWERMENT DEL CITTADINO IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE.....	19
AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO.....	20
DIFFUSIONE DEL PIANO.....	20

PREMESSA

La Sicurezza delle cure, come definita dall'articolo 1 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 è "parte costitutiva del diritto alla salute", che deve essere "perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività", esprimendo, altresì, una dimensione cruciale della qualità dell'assistenza sanitaria.

Nel vigente contesto normativo, "alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale", e si realizza mediante "l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative."

In buona sostanza, il rafforzamento continuo della sicurezza delle cure è la risultante di un processo continuo, sistematico e multi-dimensionale che coinvolge l'intera organizzazione, impegnando ogni professionista a garantire piena aderenza agli standard di sicurezza adottati dall'azienda nelle attività clinico-assistenziali, clinico-gestionali e organizzative ed in forma altamente integrata con la qualità, richiamando che la sicurezza è una fondamentale dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

In particolare, in ogni moderno contesto sanitario dinamico ed in costante evoluzione la gestione integrata della qualità e della sicurezza riveste un ruolo cruciale, ponendo sfide importanti sul piano, sia organizzativo, sia etico e catalizzandone l'attuazione secondo modalità strutturate, sinergiche e coordinate in seno all'organizzazione.

In accordo con tali presupposti, l'Azienda USL Toscana Sud Est ha adottato un modello integrato di gestione della qualità e della sicurezza delle cure, come peculiare strategia di miglioramento, costituendo una apposita Area Dipartimentale "Qualità e Sicurezza delle Cure", alla quale è demandata la governance integrata dei processi e la definizione di obiettivi, indicatori di performance e piani di miglioramento continuo applicativi delle politiche perseguite dalla Direzione Strategica Aziendale.

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

In aderenza alla Legge 8 marzo 2017, n.24 ed alle "Linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico" pubblicate con DGR n. 1330 del 27/11/2017 della Regione Toscana, il presente Piano definisce le linee strategiche di gestione del rischio sanitario e della qualità aziendale per l'anno 2024.

In continuità con il modello di risk management adottato dall'Azienda e con i processi a sviluppo incrementale già avviati, il piano rafforza l'integrazione tra il sistema di gestione della qualità e le funzioni di healthcare risk management, individuando i seguenti obiettivi a carattere prioritario:

- rafforzamento dei processi di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio infettivo
- implementazione delle raccomandazioni ministeriali e delle pratiche per la sicurezza dei pazienti, anche mediante processi di autovalutazione delle strutture professionali in ordine alla conformità a requisiti e standard di riferimento
- rafforzamento delle prassi di segnalazione di eventi sentinella, cadute in corso di assistenza e di eventi critici, anche come indicatore del livello di gestione della sicurezza in seno alle strutture professionali

- monitoraggio strutturato di attuazione delle misure di riduzione del rischio pianificate in esito all'analisi di eventi avversi, azioni insicure e near miss
- rafforzamento delle performance delle strutture professionali in materia di analisi del rischio emergente dalla conflittualità per la identificazione dei rischi di significato prioritario e l'adozione/revisione delle misure di mitigazione adottate o da adottarsi
- crescita del sistema aziendale qualità, anche mediante processi di coerente produzione e revisione procedurale in costante allineamento con le esigenze di rafforzamento della sicurezza clinico-organizzativa
- formazione e aggiornamento professionale in materia di rischio clinico, di qualità e di prevenzione del contenzioso, come leva fondamentale per rafforzare la cultura e l'approccio risk based thinking di professionisti e servizi alla gestione della sicurezza;
- sviluppo di progetti "pilota" mirati ad accrescere l'alfabetizzazione sanitaria dei cittadini in materia di prevenzione di particolari tipologie di rischio, specie gravanti su segmenti di popolazione a maggiore fragilità

II CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Azienda UsI Toscana Sud Est, costituita il 1° gennaio 2016, identifica la propria missione nella promozione e tutela della salute sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio territorio, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza, come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

La *mission* aziendale si inserisce all'interno delle scelte di programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, integrandosi con esse e contribuendo ad una loro attuazione in risposta ai bisogni di salute della comunità locale. L'Azienda garantisce, mediante un modello integrato, l'organizzazione ed erogazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, quali previste dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

In particolare, l'Azienda sviluppa la propria azione attraverso reti cliniche e sociosanitarie integrate, per superare la frammentarietà delle risposte e integrare le prestazioni nel percorso personalizzato. Tale modalità di presa in cura favorisce continuità durante il decorso delle malattie croniche rapidità nella fase acuta, attraverso il lavoro dei professionisti territoriali e ospedalieri, ognuno dal proprio setting ma strettamente correlati tra loro.

L'organizzazione dell'Azienda, tenuto conto della realtà geo-demografica del territorio, caratterizzato da una rilevante estensione ed un elevato indice di dispersione della popolazione, intende rappresentare una risposta alle esigenze di integrazione delle funzioni assistenziali, mirando ad offrire alla popolazione servizi omogenei, di qualità, sostenibili nel tempo.

L'Azienda si impegna nella costruzione di un sistema basato sull'integrazione nelle sue varie declinazioni:

- integrazione clinica
- integrazione professionale
- integrazione di sistema

POPOLAZIONE RESIDENTE

Popolazione ISTAT post-censuaria al 01/01/2023- Fonte ISTAT

Zone	Maschi	Femmine	Totale
Provincia di Siena	133.903	125.955	259.858
Alta Val d'Elsa	31.520	30.379	61.899
Zona Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana	38.329	36.217	74.546
Senese	64.054	59.359	123.413
Provincia di Arezzo	170.105	163.185	333.290
Casentino	16.804	16.818	33.622
Val Tiberina	14.584	14.096	28.680
Val di Chiana Aretina	25.576	24.308	49.884
Aretina	65.326	61.815	127.141
Valdarno	47.815	46.148	93.963
Provincia di Grosseto	111.018	104.955	215.973
Colline dell'Albegna	24.902	23.408	48.310
Amiata Grossetana - Colline Metallifere -	86.116	81.547	167.663
Azienda USL Toscana sud est	415.026	394.095	809.121

RETE TERRITORIALE



CONTESTO INTERNO: AREA DIPARTIMENTALE QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

L' Area Dipartimentale (AD) Qualità e Sicurezza delle Cure assicura la governance integrata e sinergica delle attività di risk management e dell'ulteriore corpus di funzioni che rivestono rilevanza cruciale per l'applicazione delle politiche strategiche aziendali in materia di Quality e Safety, con riguardo alla qualità ed al sistematico controllo di tutta la produzione procedurale aziendale, alle funzioni infection control, alla prevenzione del contenzioso, ai processi in materia di accreditamento e autorizzazione e all'integrazione delle strutture di Fisica Sanitaria.

Con riferimento al risk management, in applicazione agli indirizzi impartiti dalla Direzione dell'AD, le attività Gestione del Rischio Clinico (GRC) e le funzioni di Clinical Risk Manager (CRM) sono assicurate dalle UU.OO.SS. Rischio Clinico e Sicurezza presso le sedi di Siena e di Grosseto, mentre per Arezzo le funzioni sono assicurate dalla UOSD Prevenzione del Contenzioso. La stessa UOSD assicura le attività di prevenzione del contenzioso a valenza aziendale. Collaborano in seno all'Area Qualità e Sicurezza delle cure due Patient Safety Manager di area infermieristica, afferenti al Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche ed un tecnico sanitario, afferente al Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione.

Nei tre contesti provinciali, le suddette strutture si interfacciano e assicurano il costante riferimento di indirizzo e operativo alla estensiva e capillare Rete di Facilitatori del Rischio Clinico, che in seno ad ogni Unità Operativa (Ospedaliera e Territoriale) assicurano attività di facilitazione e gestione dei processi GRC, anche secondo le specifiche metodologie di analisi richiamate nell'appendice metodologica, parte integrante del presente piano.

ANDAMENTO E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

L'Azienda Usl Toscana Sud Est può essere definita una struttura sanitaria ad alta complessità di governance del rischio sanitario, in relazione a più caratteristiche:

- bacino di utenza;
- struttura demografica della popolazione
- complessità organizzativa legata alla estensiva rete di presidi ospedalieri e di servizi territoriali;
- volumi di attività ospedaliera e territoriale;
- dimensione della dotazione di personale.

Il monitoraggio aziendale

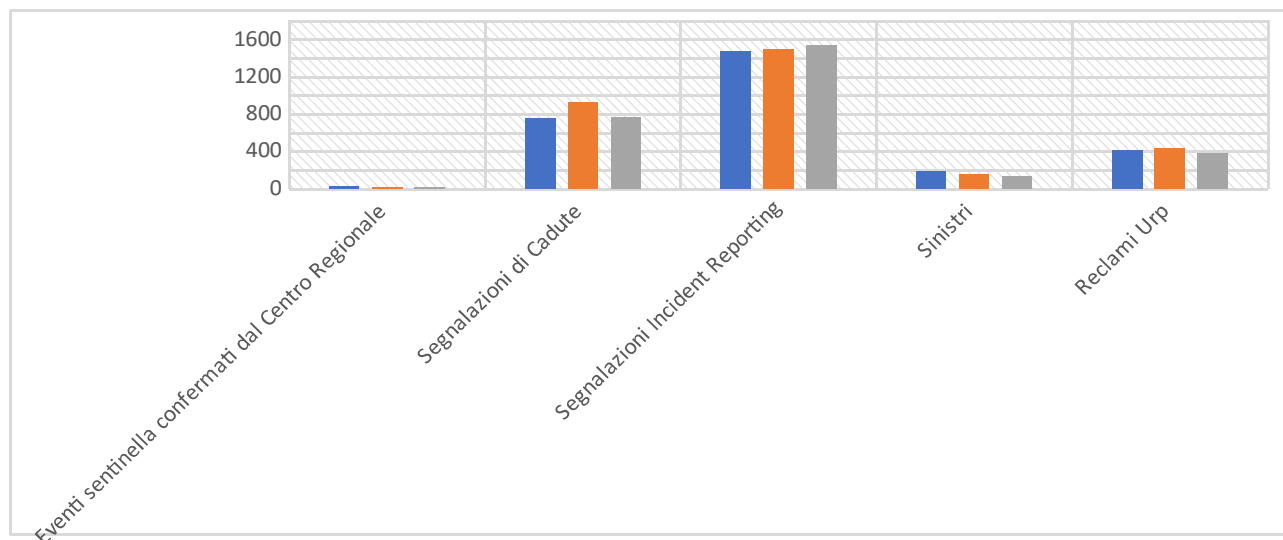
La complessità del sistema sanitario rende l'errore, e l'evenienza di un evento avverso ad esso correlabile, un rischio non interamente prevenibile ma almeno in parte contenibile rafforzando, in primis, gli strumenti conoscitivi, di mappatura e di assessment dei rischi emergenti.

Nell'Azienda Usl Toscana Sud Est sono attive cinque principali **macro-aree di monitoraggio e di gestione GRC** degli eventi indicativi di possibili vulnerabilità:

- a) eventi sentinella;
- b) eventi avversi (e quasi eventi);
- c) cadute di pazienti in corso di assistenza
- d) sinistrosità
- e) conflittualità URP

In attesa dei dati definitivi relativi all'anno 2023, si riporta in tabella 1 l'andamento delle fonti conoscitive del rischio sanitario nell'ultimo triennio 2000-2022.

Grafico 1- Trend delle fonti conoscitive di eventi critici registrati nel triennio 2020-2022



Le azioni di mitigazione del rischio sanitario

L'innalzamento della sicurezza delle cure e la prevenzione degli eventi indesiderati potenzialmente prevenibili richiedono una risposta continua, sistematica, strutturata, multidimensionale, che sia parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione e che giunga a promuovere un forte orientamento alla qualità di servizi e prestazioni sanitarie.

Nell'Azienda Usl Toscana Sud Est le attività si realizzano secondo una organizzazione capillare mediante processi coordinati, a regolamentazione Aziendale e Regionale, per quanto attiene i requisiti e gli standard di riferimento.

Con riferimento all'anno 2022, i dati di monitoraggio del rischio sanitario attestano un andamento positivo (grafico 1), specie nelle aree a maggiore complessità di gestione del rischio, segnatamente:

- positiva e sensibile crescita del Sistema di Segnalazione e Learning GRC (segnalazioni nell'Incident Reporting) e delle correlate attività di gestione proattiva del rischio in seno alle Strutture professionali
- sostanziale stabilità in flessione degli eventi sentinella rispetto al picco dell'anno 2020
- sensibile contenimento del fenomeno "cadute in corso di assistenza" rispetto all'andamento dell'anno precedente
- significativa riduzione delle richieste danni (che nel 2022 hanno registrato il punto di massima flessione dell'intero periodo ultra decennale di gestione diretta)
- contenimento della conflittualità URP

RESOCONTO DELLE ATTIVITA' 2023 -SINTESI

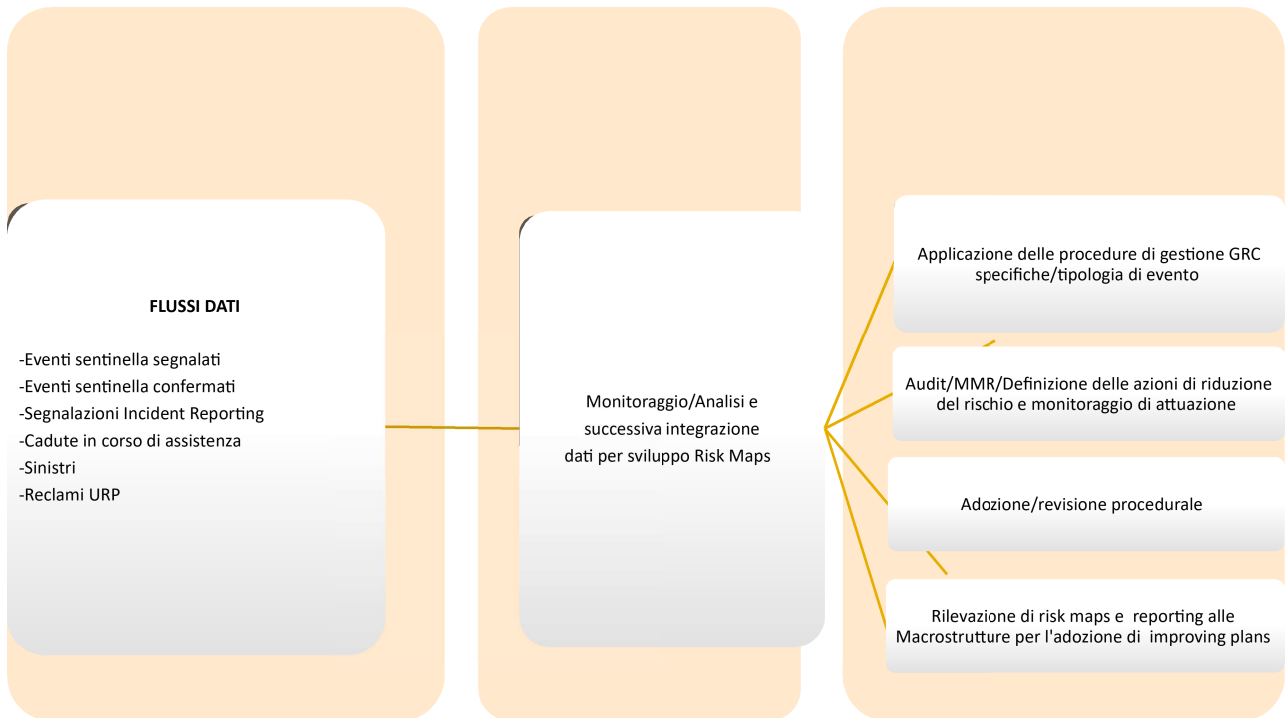
In linea con le esigenze emergenti di risposta al rischio sanitario, nell'anno 2023 sono stati realizzati processi finalizzati a sistematizzare crescenti livelli di risposta coordinata ai rischi emergenti, anche in termini di reporting interno e di comunicazione del rischio.

Attività	Modalità di attuazione	Status dell'attività
Formazione in materia di Rischio Clinico	Corso teorico pratico di 40 ore previsto dal PAF	Realizzata
Formazione in materia di Prevenzione del Contenzioso	Corso teorico pratico di 18 ore previsto dal PAF	Realizzata
Corso avanzato: Il nuovo sistema di Autorizzazione e Accreditamento della Sanità Toscana: formazione dei Referenti per la Rete Qualità e Sicurezza dei dipartimenti e delle strutture aziendali-	Corso teorico pratico di 24 ore previsto dal PAF	Realizzato
Formazione in materia di Infection control anche finalizzati alla restituzione dei dati su Rischio Clinico e Sinistrosità	Incontri promossi in collaborazione con i PP.OO. delle tre sedi aziendali	Realizzata
Partecipazione alla formazione del personale della AD promossa dalla Regione in relazione al PNRR	Partecipazione	Assicurata da tutti i professionisti della AD
Monitoraggio sullo status di applicazione delle azioni di riduzione del rischio pianificate dalle strutture professionali	Realizzata dalle UU.OO.SS. Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure e dalla UOSD Prevenzione del Contenzioso	Realizzato (Trasmissione di 2 reports al Direttore della AD)
Monitoraggio sullo status di applicazione delle azioni di riduzione del rischio pianificate dalle strutture professionali in seguito ad eventi sentinella	Realizzata dalle UU.OO.SS. Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure e dalla UOSD Prevenzione del Contenzioso	Realizzato (Trasmissione di report al Direttore della AD)
Mappatura della sinistrosità Aziendale e reporting alla Direzione Aziendale	Realizzata dalla UOSD Prevenzione del Contenzioso	Realizzata
Mappatura della sinistrosità infection control e reporting alla Direzione Sanitaria	Realizzata dalla UOSD Prevenzione del Contenzioso	Realizzata
Produzione di risk map alle Direzioni dei Dipartimenti Clinici e della Rete Ospedaliera Aziendale	Realizzata dalla UOSD Prevenzione del Contenzioso e dalle UU.OO.SS. Rischio Clinico e Sicurezza delle sedi di Grosseto e Siena	Realizzata
Attività correlata alla gestione del Sistema Informativo Regionale da parte di CRMs e PSMs	Validazione Audit e MMR da parte delle UUOOSS Rischio Clinico e Sicurezza e della UOSD Prevenzione del Contenzioso nelle sedi di competenza	Realizzata
Gestione degli eventi sentinella e degli adempimenti SIMES da parte del CRM	Alimentazione del sistema SIMES, promozione di Audit e gestione delle Azioni di miglioramento da parte delle UUOOSS Rischio Clinico e Sicurezza e della UOSD Prevenzione del Contenzioso nelle sedi di competenza	Realizzata

Comitato Gestione Sinistri	Riunioni programmate	Realizzato
URP	Segnalazioni gestite	Realizzato

I principali processi di gestione integrata del rischio sanitario realizzati dall'Area sono sintetizzati in figura 1.

In figura 1- Schema di sintesi dei principali processi strutturati di gestione del rischio sanitario



IL PIANO

La capacità strategica delle Aziende Sanitarie di dotarsi di una efficace pianificazione inerente la gestione del rischio sanitario è condizionata da più fattori, fra i quali:

- 1 ottenere una visione contestualizzata agli assetti aziendali delle diverse dimensioni del rischio sanitario
- 2 allineare e armonizzare la pianificazione strategica in materia di gestione del rischio sanitario agli obiettivi prioritari stabiliti dal PIAO 2023-2025
- 3 garantire l'applicazione della DGRT 1150/2023 - DGRT n. 967 del 7 agosto 2023 "Recepimento disposizioni DM Ministero della Salute del 19dicembre 2022 - Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31/12/2022 - prime linee di indirizzo applicative alle strutture sanitarie, pubbliche e private: revoca e nuovo recepimento con riguardo ai requisiti di accreditamento per i quali le Aziende Sanitarie devono assicurare specifica evidenza in materia di gestione del rischio sanitario"
- 4 definire un modello aziendale strutturato per le attività di implementazione, revisione e aggiornamento delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella. Si richiama che sono in atto da parte del Ministero della Salute processi di revisione di plurime Raccomandazioni Ministeriali, la cui implementazione tempestiva richiederà processi altamente ottimizzati

- 5 sistematizzare una crescente attività di monitoraggio (qualitativo e di efficacia) da parte dell'Area Qualità e Sicurezza delle Cure sulle attività svolte dalle strutture professionali aziendali, specie rispetto ai rischi di significato prioritario.

Muovendo da queste premesse il Piano Integrato per la Qualità e Gestione del Rischio Clinico persegue tre obiettivi strategici, articolati in sei aree di intervento prioritario e che ne costituiscono parte integrante e sostanziale, come indicato di seguito.

I tre obiettivi strategici sono:

- Diffondere e rafforzare la cultura della sicurezza delle cure in termini di approccio Risk Based Thinking
- Agire sull'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso processi di monitoraggio della sicurezza clinica e interventi finalizzati al miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, garantire e rafforzare l'integrazione della qualità e della sicurezza delle cure anche nella documentazione aziendale
- Promuovere una visione unitaria della sicurezza e dei processi tesi ad incrementare la circolarità fra la conoscenza del rischio e la gestione delle misure di prevenzione e di contenimento dei rischi potenzialmente prevenibili e mitigabili

Le sei aree strategiche di intervento sono:

- a) Formazione
- b) Attività di clinical risk management e di prevenzione del contenzioso
- c) Attività Infection control
- d) Attività di controllo della Produzione Procedurale Aziendale
- e) Autorizzazione, Accreditamento e certificazione ISO 9001:2015
- f) Empowerment del cittadino in materia di sicurezza delle cure

A) FORMAZIONE

L'attività di formazione mira alla riduzione degli errori e alla gestione del rischio clinico per consentire di aumentare la sicurezza del paziente, in primis, ma anche di aumentare efficienza e qualità del sistema ospedale-territorio e ridurre i costi umani ed, anche, economici aggiuntivi derivanti da errori.

FORMAZIONE SU QUALITA' e RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Garantire la formazione e l'aggiornamento continuo del personale in materia di gestione del rischio clinico	Delibera 1361 del 2023: delibera approvazione PAF del 2024: Corso di Formazione: <ul style="list-style-type: none"> • Il facilitatore per la Sicurezza del Paziente • Qualità in Sanita' • MMR/Audit 	Strutture aziendali e Strutture private accreditate convenzionate	3 di 3

FORMAZIONE SU PREVENZIONE DEL CONTENZIOSO

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Promuovere attività di review in materia di prevenzione del contenzioso, mediante incontri concordati con Direzioni di Dipartimento, Aree Dipartimentali e/o UU.OO.	SEA, MMR o incontri a valenza tematica rivolti a Macrostrutture e UU.OO.	Direzioni di Dipartimento, Aree Dipartimentali e/o UU.OO.	3 di 3

B) ATTIVITA' DI CLINICAL RISK MANAGEMENT E DI PREVENZIONE DEL CONTENZIOSO

Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al rafforzamento della sicurezza clinica, anche mediante monitoraggio degli eventi avversi e della conflittualità aziendale e relativo feedback alle strutture interessate, al fine di sostenere i processi di self risk assessment delle strutture mirati a piani e azioni di miglioramento.

Si prevedono le seguenti azioni:

RISCHIO CLINICO**IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E DELLE PRATICHE PER LA SICUREZZA E RELATIVO MONITORAGGIO**

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Produzione di piano per l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali e delle pratiche per la sicurezza e correlato sistema di monitoraggio	Presentazione di proposta alla Direzione Sanitaria	AD Qualità e Sicurezza Cure	Presentazione Piano 31/05/2024
	Revisione RM/PSP		Completamento Revisione 31/12/2024

QUALITA' ED EFFICACIA DEL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING AZIENDALE

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Monitoraggio sullo status delle azioni di riduzione del rischio rilevabile dalla fonte SiGRC (C.R.M.s)	Controllo di attuazione delle azioni di miglioramento (SEMESTRALE)	AD Qualità e Sicurezza Cure	2 su 2

CONTROLLO E MITIGAZIONE DEL RISCHIO DI EVENTI SENTINELLA

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Monitoraggio sullo status delle azioni di riduzione del rischio rilevabile dalla fonte SiGRC (C.R.M.s)	Controllo di attuazione delle azioni di miglioramento (SEMESTRALE)	UOC Qualità e Rischio Clinico	2 su 2

CONTROLLO E LA MITIGAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTE IN CORSO DI ASSISTENZA

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Monitoraggio sullo status delle azioni di riduzione del rischio rilevabile dalla fonte SiGRC (P.S.M.S)	Controllo di attuazione delle azioni di miglioramento (SEMESTRALE)	UOC Qualità e Rischio Clinico	2 su 2

COORDINAMENTO DEI GRUPPI PROVINCIALI GESTIONE AGGRESSIONI

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Ai sensi della procedura aziendale, il CRM è chiamato a coordinare il gruppo multidisciplinare aggressioni agli operatori in funzione delle segnalazioni inviate dal Responsabile SPP.	Valutazione/ processazione delle segnalazioni da parte del Gruppo di gestione In funzione del timing di invio dei dati da parte del Responsabile del Servizio SPP.	UOC Qualità e Rischio Clinico	Raccolta segnalazione

PREVENZIONE DEL CONTENZIOSO E DELLA CONFLITTUALITA'

Si realizza in più fasi sequenziali di ordine conoscitivo (raccolta, studio della sinistrosità aziendale, nonché gestione dei reclami tecnico professionali fino all' analisi integrata con i dati GRC), di identificazione e assessment dei profili di rischio e di mappatura a valenza aziendale, nonché di reporting interno alle strutture Aziendali. Il reporting è finalizzato a sostenere le performance di self risk assessment delle strutture necessarie alla gestione di azioni e piani di miglioramento efficaci e mirati a rischi e vulnerabilità di significato prioritario.

AZIONE SULLE PERFORMANCE DELLE STRUTTURE IN MATERIA DI GESTIONE RISCHI PRIORITARI

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Rafforzare la capacità di self risk assessment delle strutture sui rischi prioritari mediante feed back strutturato sull'andamento della	Reporting su Risk Maps alle Macrostrutture: Incontri di Re-training e/o report	UOSD Prevenzione del contenzioso	9

conflittualità (incontri e reporting)			
--	--	--	--

AZIONE SULLE PERFORMANCE DELLE STRUTTURE IN MATERIA DI GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Mappatura della sinistrosità infection control e feed back in seno all'organizzazione	Reporting al Comitato AID e alle strutture negli incontri strutturati promossi dalle Direzioni di PO	Area Qualità e Sicurezza delle Cure	2 su 2

CONSULENZA A UFFICI URP DIREZIONI DI UU.OO. PER LA GESTIONE DEI RECLAMI URP

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Su attivazione degli Uffici URP e delle Direzioni di Unità Operativa, consulenza istruttoria e sugli aspetti tecnico professionali emergenti dei reclami, anche estesa alla promozione di Audit e MMR per la gestione del rischio emergente	Espletamento delle funzioni di consulenza, Reporting in seno all'Area e promozione di azioni per il controllo del rischio emergente	Area Qualità e Sicurezza delle Cure	Tutte le richieste

PARTECIPAZIONE AL COMITATO GESTIONE SINISTRI

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Partecipazione al Comitato Gestione Sinistri, anche assicurando le esigenze di avvicendamento fra Clinical Risk Managers nelle tre sedi Aziendali	Consulenza e Reporting in seno all'Area e promozione di azioni per il controllo del rischio emergente	UOC Qualità e Rischio Clinico	Partecipazione al 100% al Comitato Gestione Sinistri

C) ATTIVITA' INFECTION CONTROL

LE ATTIVITA' DEL TEAM ANTIBIOTIC STEWARDSHIP, INFECTION CONTROL, DIAGNOSTIC STEWARDSHIP (AID)

L'Azienda Usl Toscana Sud Est, in linea con quanto previsto dalle indicazioni Regionali (Delibera RT n. 1439/2018 "Approvazione Linee di indirizzo per un approccio integrato alla prevenzione e contrasto alle

infezioni correlate all'assistenza, all'antimicrobico-resistenza e alla sepsi”), ha sviluppato un modello integrato di attività per spingere su appropriatezza prescrittiva e diagnostica, strategie multimodali di prevenzione e controllo infezioni e lotta alla sepsi (Delibera DG AUSL TSE n.438 del 03/04/2019 e successivi aggiornamenti).

Il modello organizzativo è rappresentato da un Team AID Aziendale con funzioni di programmazione e coordinamento delle attività, un Team AID per ogni Presidio e per ogni Zona Distretto, quindi una rete capillare di referenti AID (un medico ed un infermiere/ostetrica/tecnico di laboratorio o radiologia in ogni setting/reparto servizi0), al fine di portare avanti la pianificazione delle attività definite da un piano strategico triennale (PA ISCI 02 Programma triennale 2021-2023) in accordo con la programmazione regionale AID anch'essa triennale.

Gli ambiti di attività si possono sintetizzare in tre aree:

- formazione
- sorveglianza
- restituzione dati in un ciclo di miglioramento continuo

FORMAZIONE

La formazione prevede una proposta permanente per i referenti AID individuati ed aggiornati annualmente, disponibile su piattaforma Formas in FAD asincrona.

Oltre a corsi specifici su tematiche ritenute critiche sulla base dei dati di monitoraggio dell'anno precedente. Dal 2023 la formazione interna è integrata con l'adesione alla MISSIONE 6 COMPONENTE 2 SUB INVESTIMENTO 2.2 (b) del PNRR “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Corso di formazione in infezioni ospedaliere”, Rivolto al 100% dei dipendenti ospedalieri entro il 2026 attraverso una formazione articolata in tre moduli.

SORVEGLIANZA

La sorveglianza è articolata in 5 aree di lavoro:

- I sorveglianza microbiologica
- II sorveglianza su Infezioni Correlate all'assistenza (ICA)
- III sorveglianza adesione pratica per la sicurezza “Igiene mani” e “A mani nude”
- IV sorveglianza microbiologica ambientale
- V sorveglianza consumo antibiotici
- VI sorveglianza servizi outsourcing

I-SORVEGLIANZA MICROBIOLOGICA

- Screening attivo degli Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemici (CRE): (Decreto dirigenziale RT n17278 del 23/10/2019)
- sorveglianza emocolture da CRE: puntuale e sintesi annuale (Circolare Ministeriale 0001479 17/01/2020)
- Sorveglianza proattiva microorganismi alert: segnalazione puntuale all'infermiere addetto al controllo secondo la procedura PA ISCI 03 “Sorveglianza micoorganismi ALERT in AUSL TSE” e sintesi mensile
- da Aprile 2022: introdotto screening MRSA in chirurgia ortopedica protesica
- Analisi percentuale della contaminazione delle emocolture: presso la microbiologia del PO di Grosseto, ed il PO ORA (Aretino, Casentino, Valtiberina e della Valdichiana Aretina)

II -SORVEGLIANZA SU INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

- studio annuale di prevalenza delle ICA secondo il Protocollo ECDC aggiornato al 2017
- Ottobre 2023: adesione al progetto pilota nazionale di studio di incidenza delle infezioni del sito chirurgico (colon e protesi di anca e ginocchio)

- registro notifiche Malattie infettive CM '90 e successivo Decreto Ministeriale 7 Marzo 2022
- Gennaio 2023: Adesione a studio nazionale - prevenzione delle infezioni invasive precoci da GBS nel neonato
- sorveglianza sepsi da codici di dimissione: dato per UO con trend temporale
- sorveglianza ricoveri per problematiche infettive in pz con intervento di protesi ortopedica

III- SORVEGLIANZA ADESIONE PRATICA PER LA SICUREZZA “IGIENE MANI” E “A MANI NUDE”

- Osservazione adesione buona pratica secondo la PA ISCI 01 “Buona Pratica igiene Mani “, che prevede:
 - raccolta dati semestrale nei PPOO e annuale nelle Z/D; la reportistica di sintesi viene pubblicata nella sezione Intranet “Infezioni Ospedaliere” ed i risultati presentati in diversi momenti di formazione e incontri ad hoc
 - Adesione alla sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l’igiene delle mani in ambito ospedaliero vers. 25/11/2021
 - Censimento delle postazioni (supporto/gel e poster) nei PPOO con indicazioni all’implementazione secondo il Manuale OMS di osservazione su buona pratica
 - Attività di campionamento mani operatori e superfici con restituzione dei dati (non ancora attiva su tutti i PPOO)
 - Adesione annuale alla giornata mondiale dell'igiene delle mani prevista ogni 5 maggio

IV- SORVEGLIANZA MICROBIOLOGICA AMBIENTALE

- Monitoraggio legionella mediante:
 - Campionamenti ambientali periodici come da procedura PA CICA 02 “Prevenzione e controllo legionellosi”
 - Valutazione del rischio annuale nei PPOO e Zone/distretto (VdR) come previsto dalle “Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi” Approvato in Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 7 maggio 2015 ed integrata con il nuovo DL 18/2023
- Monitoraggio ambienti a carica microbica controllata mediante il Servizio in outsourcing di convalida cicli di sterilizzazione, alta disinfezione e di convalida degli ambienti a contaminazione controllata
- sorveglianza microbiologica reprocessing endoscopi
- sorveglianza acque di dialisi

V- SORVEGLIANZA CONSUMO ANTIBIOTICI

Produzione report periodici del Dip.to Politiche del Farmaco, con dettaglio per UO e trend temporale

VI- MONITORAGGIO SERVIZI OUTSOURCING

Controllo mensile nei setting/reparti/servizi di:

- Sanificazione: da Maggio 2022, PA ISCI 06 “La sanificazione nella prevenzione e controllo delle malattie infettive trasmissibili”
- Rifiuti: dal 2021, la PA AQS 001 “Gestione dei rifiuti nella AUSL TSE”

RESTITUZIONE DATI IN UN CICLO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO

Sono definiti dei momenti preordinati di incontri:

- Incontri Team AID aziendale: 2 volte/anno circa
- incontri Team AID di PPOO con i coordinatori e Infermieri addetti al controllo ICA: una volta al mese circa
- incontri nei singoli presidi con i reparti/setting aggregati per area (medica, chirurgica, materno infantile ed area critica) rivolti ai referenti AID, Direttori di UO e IC, facilitatori: frequenza annuale

D) ATTIVITA' DI CONTROLLO DELLA PRODUZIONE PROCEDURALE AZIENDALE

I documenti della Qualità hanno lo scopo di standardizzare i processi, uniformare i comportamenti dei professionisti, definire le responsabilità, garantire la sicurezza del paziente e, attraverso la prevenzione/mitigazione degli eventi avversi, prevenire il contenzioso e la responsabilità professionale degli operatori.

La procedura Aziendale PA-DGEN-000 "Gestione della documentazione Aziendale ai fini della Qualità e Sicurezza - Rev 01" definisce l'iter di approvazione dei documenti della qualità (procedure, protocolli, istruzioni, regolamenti, percorsi diagnostico terapeutici ecc....) stabilendo le modalità della loro gestione controllata. In tal modo si vuole garantire che i documenti emessi rispondano a criteri omogenei di redazione e accessibilità alla consultazione e che siano conformi alla normativa regionale sull'Autorizzazione all'esercizio e Accreditamento delle strutture sanitarie sia da specifiche Certificazione di Qualità.

A garanzia dell'Azienda e del cittadino, tutte le procedure emesse prevedono il controllo della UOC Qualità e Rischio Clinico, incluse quelle di ambito provinciale gestite dalle articolazioni del rischio clinico, in modo da assicurare la presenza in loco di competenze a supporto delle fasi di redazione, controllo e pubblicazione delle procedure.

È in fase di sviluppo il gestionale che governerà il flusso di produzione documentale (I-share doc sez. procedure) con l'obiettivo di razionalizzare, standardizzare, automatizzare e snellire l'operatività attuale riducendo le ridondanze.

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Programma di valutazione della qualità della documentazione sanitaria come strumento di risk management	Introduzione e sviluppo gestionale per la digitalizzazione delle procedure (I-share doc sez. procedure) Revisione PA-DGEN-000	Azienda Usl Toscana Sud Est	Revisione PA 00

E) AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE ISO 9001:2015

AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

Scopo dell'Autorizzazione è garantire i livelli base di sicurezza e di qualità obbligatori per l'esercizio dell'attività sanitarie. A tal fine la Regione ha definito requisiti minimi di tipo strutturale, impiantistico, tecnologico e organizzativo necessari per garantire la sicurezza delle strutture e dei servizi che erogano prestazioni sanitarie. Sono soggette ad autorizzazione sia le nuove aperture che l'ampliamento e il trasferimento.

In questo ambito viene garantito supporto alle attività sanitarie per la gestione sia di tutto il processo volto all'attestazione del possesso dei requisiti sia delle verifiche disposte dalla Regione.

Nel 2023 si sono autorizzate, fra l'altro, le 30 sedi delle Cure Domiciliari.

Nel 2022-23 vi è stata inoltre una forte collaborazione con Area Tecnica e Ufficio Patrimonio per i progetti legati al PNRR. Nello specifico si è partecipato a tutte le commissioni aziendali chiamate a valutare l'idoneità

dei locali dove spostare le attività sanitarie collocate in strutture oggetto di interventi di ristrutturazione. La collaborazione con l'Area Tecnica si è estesa anche all'esame di alcuni progetti di ristrutturazioni o nuove strutture (es. Pronto Soccorso di vari presidi ospedalieri aziendali, edificio "Volano" del San Donato) per valutare la loro conformità con gli specifici requisiti autorizzativi.

Nel 2024 oltre a dare continuità a queste attività, si garantirà il supporto a tutti i Servizi Trasfusionale aziendali che saranno oggetto di verifica da parte della Regione.

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Mantenimento autorizzazione dei Servizi di Medicina Trasfusionali dell'Azienda USL Toscana Sud Est	Supporto ai Servizi Trasfusionali per la preparazione e lo svolgimento delle verifiche regionali	Area Qualità e Sicurezza delle Cure	Supporto al 100%

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

L'Accreditamento è un'attività finalizzata alla promozione e al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria: il processo di accreditamento, fornendo indicazioni in merito a standard prestabiliti, misurabili, considerati ottimali e raggiungibili favorisce l'allineamento (non statico ma verso l'alto) dei comportamenti professionali e gestionali.

Tra il 2017 e il 2021 si è provveduto ad accreditare tutte le attività sanitarie aziendali territoriali e ospedaliere inserendole all'interno degli 11 processi deliberati dalla Regione e articolandole in 45 sottoprocessi con 247 unità di raccolta dati.

Nel settembre 2023 si è concluso l'accREDITamento delle Cure Domiciliari. L'adozione di un modello accreditativo completamente nuovo rispetto al precedente ha comportato un intenso impegno di presentazione e spiegazione, nonché di costruzione di un modello organizzativo sostanzialmente diverso dalla nostra articolazione in Dipartimenti. Dopo le prime verifiche da parte della Regione, causa pandemia, quest'attività di verifica è stata sospesa ma riprenderà. La nostra attività in questo settore, comunque, non si è interrotta, continuando ad organizzare i corsi di formazione per i referenti aziendali della Rete della Qualità oltre che ad intervenire nelle attività di formazione gestite dalle varie professionalità. È continuato anche il lavoro di analisi e restituzione dei dati contenuti nelle Liste di Autovalutazione prodotte dalle varie unità di raccolta.

Nel 2024 sarà predisposta l'attestazione del nuovo accREDITamento di livello aziendale deliberato dalla Regione Toscana con DGRT 1150/23, sarà garantita l'attività di supporto ai servizi che saranno oggetto di verifica da parte della commissione regionale e sarà continuato il monitoraggio delle Liste di Autovalutazione compilate dai servizi sanitari.

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Monitoraggio qualità della documentazione come da DD 2044/2017	Richiesta ai servizi sanitari delle Liste di Autovalutazione con dati anno 2023 e elaborazione report	UOC AccredITamento	Monitoraggio della documentazione tramite report

La stringente corrispondenza fra le attività inerenti alla qualità e sicurezza delle cure e quelle di accreditamento emerge dai requisiti specifici sotto indicati (tabella) che, pertanto, rivestono interesse prioritario.

CODICE REQUISITO	REQUISITO ACCREDITAMENTO	RM/PSP DI RIFERIMENTO
5.1.COM1	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	RM n. 13 Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie PSP Prevenzione delle cadute dei pazienti nei contesti sanitari PSP Prevenzione e il monitoraggio delle cadute dei pazienti pediatrici PSP Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione PSP Prevenzione del rischio nutrizionale
5.1.COM2	PREVENZIONE E SORVEGLIANZA INFEZIONI	PSP Identificazione e gestione della sepsi e dello shock settico PSP Uso corretto degli antibiotici PSP Le mani pulite PSP Adesione alla rete di sorveglianza microbiologica PSP A Mani Nude
3.1.COM1	INDICE DI DETERIORAMENTO	PSP PEWS - Riconoscimento precoce del deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti pediatrici (escluso periodo perinatale) PSP Riconoscimento precoce del deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti
5.1.COM3	RISCHIO FARMACI	RM n. 1 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio RM n. 7 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica RM n. 12 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike" RM n. 17 Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica RM n. 18 Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli RM n. 19 Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide PSP Riconciliazioni di terapia PSP Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori di terapia PSP Etichettatura di sicurezza per la somministrazione dei farmaci: siringhe, pompe-siringhe, flebo PSP Farmamemo PSP Prevenzione errori dovuti a interruzioni
5.1.COM4	RISCHIO DISPOSITIVI MEDICI	RM n. 9 adozione di modalità per la prevenzione dei rischi correlati all'utilizzo dei dispositivi medici
7.1.COM1	TRASPORTI PAZIENTI	RM n. 11 Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
3.1.COM3	SISTEMA DI GESTIONE DEL DOLORE	PSP Misura e gestione del dolore
5.1.COM5	IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	PSP Introduzione di un braccialetto identificativo
5.1.COM6	ACCESSI VASCOLARI VENOSI	PSP Utilizzo cateteri venosi centrali
6.1.COM2	CONTINUITA' ASSISTENZIALE	PSP HANDOVER - Passaggio di consegne fra equipe medico assistenziali all'interno di un percorso clinico
5.1.COM8	SISTEMA DI REPORTING AND LEARNING	PSP Reporting and learning system (RLS)
5.1.COM12	PREVENZIONE COMPORAMENTI AGGRESSIVI E AUTOLESIONISTICI	RM n. 4 Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale RM n. 8 Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari PSP Prevenzione, identificazione e gestione del Delirium
5.1.COM13	COMUNICAZIONE DIFFICILE	PSP Gestione della relazione e della comunicazione interna, con il paziente e con familiari per gli eventi avversi

CODICE REQUISITO	REQUISITO ACCREDITAMENTO	RM/PSP DI RIFERIMENTO
5.1.CHL3	PREVENZIONE TVP	PSP Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso
5.1.CHL5	SICUREZZA IN SALA OPERATORIA	RM n. 2 Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico RM n. 3 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura RM n. 5 Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0 PSP Prevenzione e gestione emorragia post-partum PSP Prevenzione e gestione della distocia di spalla PSP Checklist di sala operatoria Procreazione Medicalmente Assistita PSP Checklist per la sicurezza della nascita PSP Checklist di sala operatoria PSP Prevenzione errori incompatibilità AB0
5.1.CRL6	PREVENZIONE DELLA VAP	PSP Prevenzione polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP)
5.1.DIP.3	PERCORSO TERAPEUTICO	PSP Scheda Terapeutica Unica per il SERT
5.1.EM1	SICUREZZA DEL PAZIENTE	PSP Missione di soccorso in Emergenza Territoriale (All. A) PSP Missione di soccorso in Emergenza Territoriale (All. B) PSP Gestione farmaci in emergenza territoriale (All. C)
6.1.EM4	ATTRIBUZIONE CODICE TRIAGE E RIVALUTAZIONE	RM n. 15 Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso
5.1.MAT.1	DIAGNOSI PRECOCE DELLA SEPSI IN OSTETRICIA	RM n. 16 Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita
6.1.MAT.4	PERSONALIZZAZIONE DEI PERCORSI	RM n. 6 Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto
5.1.ONC.3	SICUREZZA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO	RM n. 10 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati RM n. 14 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici PSP Gestione dei chemioterapici antitumorali (CTA)

CERTIFICAZIONE ISO 9001-2015

La Certificazione ISO è lo standard più conosciuto e utilizzato per i Sistemi di Gestione della Qualità ed è applicabile da tutti i tipi di organizzazione, operanti in qualsiasi settore di attività. La norma ISO 9001 specifica quei requisiti che un'organizzazione deve necessariamente possedere per dimostrare la propria capacità di fornire prodotti in grado di soddisfare i requisiti dei clienti e quelli imposti dalla legge e la propria attitudine a conseguire la loro soddisfazione.

Nell'Azienda USL Toscana Sud Est, relativamente ai servizi sanitari, sono ad oggi attivi 18 certificati ISO 9001-2015 il cui mantenimento o rinnovo presuppone il superamento delle visite ispettive che hanno cadenza annuale. La nostra attività consiste nel preparare, gestire e garantire la presenza a tutte le visite. Svolgiamo anche su richiesta degli audit di sistema o processo propedeutici alle verifiche, nonché consulenza in merito all'interpretazione dei vari punti-norma.

Nel 2024 sarà data continuità a queste attività.

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Svolgimento audit di parte seconda	Svolgimento audit di sistema e/o processo a tutte le strutture che ne faranno richiesta.	Area Qualità e Sicurezza delle Cure	Svolgimento di tutti gli audit richiesti

F) EMPOWERMENT DEL CITTADINO IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE

L'umanizzazione delle cure è un elemento essenziale per garantire un'assistenza di qualità e si basa sull'impegno di "orientare alla persona" sia i luoghi di assistenza sia i programmi di cura, ma non può prescindere, in ogni caso, da un pieno coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini.

Dalla cooperazione tra i professionisti sanitari, gli amministratori e, ovviamente, i cittadini nascono e si sviluppano quelle reti sanitarie collaborative che danno origine ad un patrimonio di esperienza fondamentale nell'uso più efficace ed efficiente delle risorse e costituiscono una naturale evoluzione del sistema sanitario, pur sempre centrato sulla persona-paziente.

Questo processo complesso, attraverso il quale persone, organizzazioni e comunità prendono consapevolezza ed acquisiscono competenze che vanno ad influire sulle rispettive vite, contribuisce a modificarne il contesto socio-politico nell'intento di migliorarne anche la qualità di vita e l'equità di accesso alle cure.

In conclusione, il cittadino ha diritto alla tutela della salute, costituzionalmente garantita dall'art.32. Spetta al Servizio Sanitario Nazionale ed ai professionisti che vi lavorano questa tutela. Nell'ottica di una più ampia collaborazione strategica, anche al fine di migliorare il rapporto medico-paziente e operatore sanitario-paziente, la nostra Azienda Sanitaria USL Toscana Sud Est intende promuovere una stretta condivisione riguardo ai processi di Qualità e Risk Management proposti dall'area.

PARTECIPAZIONE AL PROGETTO AZIENDALE SU CARTA DELLA SICUREZZA

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Organizzazione seminario informativo per associazioni cittadini, mondo volontariato. Comitato di partecipazione, LIVELLO PROVINCIALE. Coinvolgendo anche i MMG/PLS	Realizzazione seminario	Area Qualità e Sicurezza delle Cure	1 su 1 <hr/> questionario qualità percepita

PARTECIPAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI AL CORSO DEI FACILITATORI GRC

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Partecipazione delle associazioni a programmi di formazione dei facilitatori GRC	Presenza del Coordinatore del Consiglio Regionale dei Cittadini in Sanità quale docente della giornata, specificatamente individuata, all'interno del programma di formazione per "Facilitatore per la Gestione del Rischio Clinico", aperta alla partecipazione, come discenti, anche dei	Area Qualità e Sicurezza delle Cure	1 su 1

	componenti le associazioni di volontariato		
--	--	--	--

PROGETTO PILOTA IN MATERIA DI GESTIONE E MITIGAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA A DOMICILIO

OBIETTIVO	ANNO 2024	ATTORI COINVOLTI	RISULTATO ATTESO
Promuovere e condividere con gli stakeholders programmi di alfabetizzazione dei pazienti in materia di sicurezza del paziente	Definizione e Condivisione di progetto pilota in materia di prevenzione/ gestione del rischio di caduta a domicilio con Rappresentanze di cittadini, Ordini dei Medici e Ordine degli infermieri (entro dicembre 2024)	Area Qualità e Sicurezza delle Cure	1 su 1

AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO

Il presente documento, adottato con delibera Aziendale, viene aggiornato con cadenza annuale o per esigenze di natura gestionale aziendale o in caso di novità normative/regolamentarie. Ogni variazione e/o modifica dell'edizione in corso deve essere adeguatamente divulgata seguendo le modalità di diffusione previste nel Piano stesso.

L'aggiornamento rientra nelle competenze dell'Area Dipartimentale Qualità e Sicurezza delle cure, che lo espleta redigendo specifico verbale dove si dà conto delle verifiche effettuate e si indicano eventuali azioni correttive, integrative e revisioni relative ai vari documenti.

DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente documento trova diffusione attraverso le seguenti modalità informative:

- a) sito web USL Toscana Sud Est;
- b) area riservata secondo il percorso a seguire: Azienda – Chi Siamo – Qualità e Sicurezza delle cure – Piano Integrato per la Gestione del Rischio Clinico Sanitario.

ALLEGATO A – CRONOPROGRAMMA

Attività	Struttura/e Responsabile/i	Indicatore	Standard	Scadenza
Piano di implementazione Raccomandazioni Ministeriali e delle pratiche per la sicurezza e relativo monitoraggio	Direttore AD Qualità e Sicurezza delle Cure	Presentazione del Piano alla Direzione Sanitaria	100%	31 maggio 2024
Monitoraggio semestrale sullo status di completamento delle azioni di riduzione del rischio pianificate dalle UU.OO.	Direzioni UOS Rischio Clinico e Sicurezza Siena e Grosseto e Direzione UOSD Prevenzione del Contenzioso, rispettivamente per le sedi di Siena, Grosseto e Arezzo	Trasmissione di report di monitoraggio al Direttore della UOC Rischio Clinico	100%	31 luglio 2024 31 gennaio 2025
Monitoraggio semestrale sullo status di completamento delle azioni di riduzione del rischio pianificate dalle UU.OO. in seguito ad Eventi Sentinella	Direzioni UOS Rischio Clinico e Sicurezza Siena e Grosseto e Direzione UOSD Prevenzione del Contenzioso, rispettivamente per le sedi di Siena, Grosseto e Arezzo	Trasmissione di report di monitoraggio al Direttore della UOC Rischio Clinico	100%	31 luglio 2024 31 gennaio 2025
Monitoraggio semestrale sullo status di completamento delle azioni di riduzione del rischio pianificate dalle UU.OO. in seguito a cadute in corso di assistenza	Patient Safety Manager rispettivamente per le sedi di Siena, Grosseto e Arezzo	Trasmissione di report di monitoraggio al Direttore della UOC Rischio Clinico	100%	31 luglio 2024 31 gennaio 2025
Coordinamento dei gruppi provinciali per la gestione delle aggressioni	Clinical Risk Manager - Grosseto (per le sedi di Grosseto e Arezzo); Clinical Manager di Siena per la rispettiva sede	Trasmissione dei verbali al Direttore della UOC Rischio Clinico	100%	Entro 45 giorni dal ricevimento dei dati da parte del Responsabile del Servizio SPP
Produzione di risk maps integrate su sinistri, reclami, eventi sentinella, cadute e Incident Reporting alle macrostrutture Aziendali	Direzione UOSD Prevenzione del Contenzioso	Trasmissione della Reportistica ai Direttori di Macrostruttura Clinica	100%	Entro il 31 dicembre 2024
Mappatura della sinistrosità aziendale anche correlata al rischio infettivo	Direzione UOSD Prevenzione del Contenzioso	Trasmissione di Reportistica alla Direzione Aziendale	100%	Entro il 31 dicembre 2024
Partecipazione al Comitato Gestione Sinistri di Clinical Risk Manager	Direzioni UOS Rischio Clinico Siena e Grosseto e Direzione UOSD Prevenzione del Contenzioso Arezzo	Partecipazione alle sedute come risultante dai verbali del CGS	80%	In relazione al programma degli incontri