	<b>Nucleo Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Codice</b>	<b>Revisione</b>	<b>Pagina</b>
	<b>Documento</b> Relazione delle attività svolte nella AUTC nel 2019 inerenti Qualità e Sicurezza delle Cure	<b>DOC.DS.04</b>	0	1 di 10

## Relazione delle attività svolte nella AUTC nel 2019 inerenti Qualità e Sicurezza delle Cure

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
25/11/2020	<b>Referente Gruppo di redazione:</b> Susanna Pastorino	<b>Processo</b> SOC Gestione procedure autorizzative strutture sanitarie aziendali  SOS Qualità e sicurezza delle Cure Paola Zoppi	Direttore Sanitario Aziendale Emanuele Gori
		<b>SGQ</b> Direttore SOSD Governance Clinico Assistenziale Mauro Romilio	


**Gruppo di redazione:**

- Alaimo Marco
- Bini Silvia
- Brogi Marco
- Buccioni David
- Carucci Elena
- Del Vicario Angelo
- D'Ulivo Maurizio
- Lulli Rossella
- Molisso Antonio
- Nozzoli Lucilla
- Raffaelli Rosaria
- Romilio Mauro
- Susanna Pastorino
- Venneri Francesco

**Supporto Metodologico:**

- SOSD Governance Clinico Assistenziale.

**Parole chiave:** Qualità, sicurezza, cure, accreditamento, autorizzazione, infezioni, documentazione, rischio clinico

	<b>Nucleo Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Codice</b>	<b>Revisione</b>	<b>Pagina</b>
	<b>Documento</b> Relazione delle attività svolte nella AUTC nel 2019 inerenti Qualità e Sicurezza delle Cure			

## Indice

1. Premessa .....	2
2. Scopo/ Obiettivi.....	2
3. Descrizione attività .....	2
4. Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione .....	9
5. Allegati.....	9
6. Riferimenti.....	9
7. Lista di Diffusione.....	10

### 1. Premessa

La SOS Qualità e Sicurezza delle Cure (Q&S) nell'anno 2019 ha subito una significativa trasformazione con l'avvicendamento del proprio Responsabile: dal 01 giugno il Dr. Alessandro Sergi è subentrato a.i. alla guida della struttura; a metà settembre 2019 si è aggiunta allo staff della SOS un altro medico igienista.

### 2. Scopo/ Obiettivi

Questo documento traccia i cambiamenti organizzativi effettuati nel secondo semestre 2019 all'interno della SOS Q&S, ed elenca le attività inerenti alla qualità e sicurezza delle cure intraprese dalle Strutture Organizzative che partecipano alla governance clinica aziendale: SOS Rischio Clinico, SOC Monitoraggio, qualità ed accreditamento (Dipartimento di Assistenza Infermieristica e Ostetrica), SOC Monitoraggio, formazione, qualità, sicurezza e innovazione (Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie) , SOS Governance Clinico Assistenziale, SOC Gestione Procedure Autorizzative Strutture Sanitarie Aziendali, SOS Gestione Operativa, *SOSD Infezioni correlate all'assistenza* etc...

Al momento dell'avvicendamento fra i responsabili della SOS Q&S, purtroppo non è stato possibile ultimare un effettivo passaggio di consegna dei documenti prodotti, per cui il primo grosso impegno è stato quello di mappare tutta la documentazione elaborata dalla precedente Direzione di Struttura.


### 3. Descrizione attività

#### 4.1 Mappatura documentazione in archivio

Al momento dell'avvicendamento fra i responsabili della SOS Q&S, purtroppo non è stato possibile ultimare un effettivo passaggio di consegna dei documenti prodotti, per cui il primo grosso impegno è stato quello di mappare tutta la documentazione elaborata dalla precedente Direzione di Struttura.

#### 4.2. Condivisione con tutti i profili professionali delle linee di indirizzo aziendali

Obiettivo principale della SOS Q&S è stato quello di condividere la programmazione sia con le altre strutture facenti parte dell'Area Governo Clinico, sia con le strutture aziendali che si occupano di qualità e sicurezza delle cure appartenenti al Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica ed Ostetrica e a quello delle Professioni Tecnico Sanitarie: tutti gli impegni della SOS Q&S sono stati quindi condivisi dalle strutture che rappresentano in modo esaustivo i profili professionali presenti in azienda e che generano qualità e sicurezza operando in prima linea nei punti di erogazione delle prestazioni sanitarie.

	<b>Nucleo Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Codice</b> <b>DOC.DS.04</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 3 di 10
	<b>Documento</b> Relazione delle attività svolte nella AUTC nel 2019 inerenti Qualità e Sicurezza delle Cure			

#### 4.3. Costituzione Rete Aziendale Qualità e Sicurezza delle Cure

In coerenza con quanto rilevato dal Gruppo di valutazione regionale durante la visita sperimentale di accreditamento effettuata nel luglio 2018 dalla cui osservazione era emerso che *“la rete qualità e sicurezza intesa nel senso integrato e sinergico tra le varie funzioni di supporto alla governance clinica appare come ancora in costruzione. Non emerge chiaramente il livello di integrazione tra le diverse funzioni di staff che si occupano di qualità e sicurezza delle cure né appare esplicitata la sua organizzazione e articolazione ai livelli operativi”*, il gruppo di lavoro delle Strutture Organizzative sopra riportate, nel secondo semestre 2019, ha lavorato principalmente alla realizzazione della nuova Rete di qualità e sicurezza delle cure.

La costituzione della Rete di qualità e sicurezza delle cure, esplicitata sia in termini di ruoli che di funzioni, rappresenta il raggiungimento dei seguenti requisiti organizzativi dell'allegato D del Regolamento 79R/2016: **1.1 AZ. 1 (II) RUOLI, 1.1 AZ. 2 (III) RETE AZIENDALE PER LA QUALITÀ E SICUREZZA, 5.1. AZ. 1 COMPETENZE RETE QUALITÀ (XIX)**.

#### 4.4. Condivisione modalità recepimento e monitoraggio Raccomandazioni Ministeriali e Pratiche di Sicurezza per il Paziente

Sono state inoltre condivise le modalità di recepimento e monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali (RM) e delle Pratiche di Sicurezza per il Paziente (PsP) regionali. A tal fine sono state predisposte tre check list di verifica dell'applicazione di quest'ultime: una per i medici, una per gli infermieri una per le professioni tecnico-sanitarie.

#### 4.5. Supporto ai professionisti per la revisione della documentazione sanitaria.


La precedente direzione della SOS Q&S, nei primi 6 mesi dell'anno 2019, aveva incentrato la propria organizzazione sull'implementazione di un progetto sperimentale di revisione della documentazione clinica che prevedeva la verifica di un campione di cartelle con un audit sistemico di processo comprensivo di tutti i setting coinvolti nel processo stesso (dal domicilio, al presidio ospedaliero fino al successivo passaggio di consegne sul territorio). Questo progetto innovativo ed ambizioso purtroppo non ha trovato una sua approvazione istituzionale e quindi a metà anno le Strutture Organizzative cliniche, che avevano sospeso l'attività di revisione della documentazione clinica per incentrare la loro attività su questo progetto, si sono trovate con un carico di lavoro arretrato non facile da smaltire.

Per questo è stata semplificata la modalità di verifica della documentazione sanitaria, attraverso l'utilizzo di check-list comprendenti i soli requisiti di accreditamento e non più quelli relativi alla qualità di compilazione della cartella clinica come previsto nel progetto formulato dalla precedente direzione della SOS Q&S.

Inoltre, attraverso un continuo lavoro di progressivo affinamento delle modalità di estrazione, svolto con le interfacce aziendali a questo preposte, è stato possibile acquisire direttamente dagli applicativi gestionali in uso buona parte dei dati necessari per tracciare il raggiungimento della maggior parte dei requisiti da fonte *“revisione documentazione sanitaria”*, così da renderli disponibili ai professionisti delle Strutture Organizzative aziendali.

La revisione da fonte cartacea della documentazione clinica per le degenze di ricovero è stata ridotta quindi a poche evidenze quali il consenso informato, la check list di sala operatoria, la qualità della lettera di dimissione etc...

Nei mesi estivi ed autunnali l'attività delle strutture del gruppo di lavoro aziendale è stata prevalentemente incentrata sul supporto ai vari professionisti nei setting di erogazione dei servizi, sia ospedalieri che territoriali, al fine di illustrare le nuove modalità di revisione della documentazione clinica anche attraverso riunioni dedicate.

	<b>Nucleo Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Codice</b> <b>DOC.DS.04</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 4 di 10
	<b>Documento</b> Relazione delle attività svolte nella AUTC nel 2019 inerenti Qualità e Sicurezza delle Cure			

#### 4.6. Inserimento obiettivi qualità e sicurezza delle cure nel processo di budgeting aziendale

Gli obiettivi di qualità e sicurezza delle cure sono stati inseriti nelle schede di budget dei Dipartimenti e delle SOC/SOS della azienda in ottemperanza a quanto previsto dal requisito del Regolamento 79R/2016: **1.2.AZ.1 PROGRAMMAZIONE (V)**

#### 4.7. Attività relative al rischio infettivo


Negli ultimi due mesi del 2019, in seguito all' aumento sul territorio regionale dell'incidenza delle infezioni da New Delhi, sono stati effettuati molteplici incontri nei 13 Presidi Ospedalieri dell'azienda, con lo scopo di supportare i professionisti in merito a tale criticità e di focalizzare la loro attenzione sul Rischio infettivo in generale. In ogni incontro sono stati valutati i requisiti di accreditamento specifici per la prevenzione ed il controllo delle infezioni. Le riunioni sono state organizzate dalle Direzioni Mediche di Presidio e sono state gestite dalla *SOSD Infezioni correlate all'assistenza*. In ogni punto di erogazione delle prestazioni si sono riuniti i rappresentanti aziendali della Qualità e Sicurezza delle cure e i professionisti sanitari di tutte le discipline al fine di valutare la corretta applicazione dei requisiti inerenti l'infection control. Alla fine delle riunioni sono state discusse e condivise le azioni correttive per migliorare la prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere.

Sempre in merito al rischio infettivo la *SOSD Infezioni correlate all'assistenza* ha coordinato attività di sorveglianza nei seguenti ambiti:

- Avvio dello screening di ricerca per CRE\_CPE nei presidi aziendali a partire da luglio 2019 tramite tampone rettale ed organizzazione della biologia molecolare
- Registro di sorveglianza per CRE-NDM e batteriemie NDM in collaborazione con ARS
- Database per inserimento indagini epidemiologiche Alert Organism e Clostridium Difficile
- Database per inserimento indagini epidemiologiche
- Elaborazione report microbiologici semestrali/annuali per Alert Organism e Clostridium Difficilis
- Attuazione del Percorso ISC su Argos in previsione dello Studio ISC
- Attività di vigilanza e monitoraggio all'interno dei Presidi Ospedalieri
- Sorveglianza su tematiche di igiene ambientale (Legionellosi, sanificazione, disinfezione)

Nell'ambito dell'applicazione delle PsP relative al rischio infettivo gli interventi effettuati sono stati i seguenti:

- Recepimento delle schede osservazionali OMS ed elaborazione dei dati provenienti dai presidi ospedalieri zona Firenze per un totale di 7005 osservazioni in funzione di presidi, setting e figure professionali.
- Recepimento dati di provenienza USL Toscana Centro.
- Rendicontazione semestrale del consumo gel idroalcolico in collaborazione con il Dipartimento del Farmaco
- Attività di monitoraggio sull'appropriatezza dei disinfettanti ed antisettici.

	<b>Nucleo Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Codice</b> <b>DOC.DS.04</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 5 di 10
	<b>Documento</b> Relazione delle attività svolte nella AUTC nel 2019 inerenti Qualità e Sicurezza delle Cure			

Gli eventi formativi inerenti il rischio infettivo sono stati:

- Effettuazione dei seminari itineranti previsti nel piano formativo 2018-2019, a partire da dicembre 2018 fino a maggio 2019 "Le infezioni correlate all'assistenza, attualità strategie di sorveglianza, prevenzione e controllo" negli ospedali aziendali.
- Progettazione e realizzazione dell'evento OMS dedicato all'Igiene delle mani 5 maggio in tutti i presidi aziendali realizzazione di una intervista con messa in onda TG 3 regionale.
- Presentazione presso la sede Regione Toscana, 10 maggio 2019, giornata evento su Igiene delle mani e lotta alle ICA.

Le procedure in ambito rischio infettivo aggiornate o pubblicate nel corso dell'anno sono le seguenti:

- Il codice colore come strumento di infection control
- Sorveglianza, prevenzione e controllo dei microrganismi multiresistenti
- Indicazioni per la profilassi antibiotica perioperatoria per la prevenzione del sito chirurgico
- Le misure di Infection control nei setting di riabilitazione

E' stato inoltre istituito un gruppo di lavoro per la revisione del "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Sepsis" rev.1 in base a quanto richiesto dal documento regionale Call to action - Lotta alla Sepsis del 2019.

#### 4.8. Attività specifiche Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica

Il Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica, attraverso la SOC Monitoraggio, Qualità e Accredita

mento, da oltre 5 anni sta lavorando al progetto "Si MIRA alla Sicurezza" (Sistema di Misurazione, Implementazione di Raccomandazioni Assistenziali), è un sistema di Monitoring System che fonda le proprie radici su due aspetti fondamentali: Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti della Regione Toscana (PSP) e le Raccomandazioni Ministeriali (RM).


Annualmente il sistema viene perfezionato aumentando l'attenzione verso quanto monitorato, recependo sistematicamente le modifiche/integrazioni relativamente alle PSP e RM. Nell'anno 2019 questo sistema di monitoraggio è stato applicato su 601 setting (ospedalieri e territoriali) in cui sono presenti Infermieri o ostetriche generando 601 corrispettivi grafici che, attraverso specifiche riunioni, sono stati socializzati con i professionisti che hanno contribuito al raggiungimento di quelle performance.

#### 4.9. Attività specifiche Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari

Il Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari (oggi Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie) che conta al suo interno circa duemila professionisti suddivisi in 19 profili professionali, attraverso le funzioni di staff relative a "Qualità e Accredimento" e "Rischio Clinico e Buone Pratiche", ha facilitato e coordinato la partecipazione durante il primo semestre dell'anno, sia dei Direttori delle Strutture Semplici o Complesse dipartimentali che dei professionisti esperti dei processi in questione, ai riesami di direzione dei processi individuati dal Decreto Dirigenziale 108/2017, 110/2017 e 243/2018.

Essendo le Strutture coinvolte nella quasi totalità dei processi da accreditare, l'impegno sia in termini numerici che in relazione alla varietà dei profili è stato rilevante ed ha richiesto una stretta azione sinergica con la SOS Qualità e Sicurezza delle Cure.

Nella seconda parte dell'anno, anche in considerazione della relazione scaturita dall'erogazione di due eventi formativi effettuati nell'anno 2018, le funzioni di staff preposte hanno definito una progettazione di massima relativamente al recepimento e monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali (RM) e delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente (PSP) da parte dei professionisti dell'area tecnico-sanitaria; oltre a rappresentare delle evidenze comuni da verificare per tutti i

	<b>Nucleo Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Codice</b> <b>DOC.DS.04</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 6 di 10
	<b>Documento</b> Relazione delle attività svolte nella AUTC nel 2019 inerenti Qualità e Sicurezza delle Cure			

processi, previste dal Regolamento R79/2016, queste rappresentano uno dei capisaldi della Legge 24/2018 in merito alla responsabilità professionale.

Nel corso dell'anno, oltre alla partecipazione dei professionisti di volta in volta interessati ai Safety Walk Around svolti su alcuni dei Presidi della Rete territoriale aziendale, il Dipartimento ha altresì partecipato, attraverso le figure preposte, alle visite e agli incontri di preparazione delle stesse, da parte degli esperti regionali in merito alle infezioni correlate all'assistenza in particolare a quelle svolte in occasione dell'outbreak NDM nei vari Presidi Ospedalieri.

#### 4.10. Attività formativa

Rispettando quanto programmato nel piano annuale di formazione, nell'arco del 2019, sono state effettuate 424 edizioni formative nei diversi Dipartimenti della Azienda inerenti la qualità e Sicurezza delle Cure. Nell' allegato A alla presente relazione il dettaglio delle attività svolte.

#### 4.11. Gestione Operativa

Relativamente alla organizzazione dell'accesso ai percorsi, requisiti **6.1. ACCESSO AI PERCORSI e 6.1. AZ.1 SCHEDULAZIONE**, ad ottobre 2019 con delibera del direttore Generale 785/19 è stata istituita la SOS Gestione Operativa finalizzata alla corretta e tempestiva gestione delle aree produttive - sale operatorie, posti letto, spazi ambulatoriali.

La SOS Gestione Operativa si configura come struttura a supporto dello svolgimento delle attività clinico-assistenziali attraverso l'applicazione di tecniche di operations management, nonché attraverso l'utilizzo di schedulazioni le quali, partendo dalla domanda di prestazioni e dalla casistica attesa, assicurano il raggiungimento degli standard di efficienza definiti a livello regionale ed aziendale. Nell'allegato B alla presente relazione sono specificate le principali attività condotte e i conseguenti risultati raggiunti per l'anno 2019.

#### 4.12. Partecipazione attiva cittadini

In merito al COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI anche per l'anno 2019 l'URP ha organizzato diversi incontri con i pazienti o con i familiari dei pazienti, coinvolgendo i Direttori e/o Coordinatori e Responsabili delle strutture interessate al reclamo, come previsto all'art.6 comma 1, punto i) del Regolamento di Pubblica Tutela. Gli incontri, generalmente, sono terminati non solo con il soddisfacimento delle richieste specifiche dell'utente interessato, ma anche con l'adozione di azioni di miglioramento, generalmente, di tipo organizzativo o procedurale (vd documento Osservatorio Regionale Carta dei Servizi pubblici Sanitari 2019)


#### 4.13. Sistema informativo

In ottemperanza a quanto previsto dal requisito **3.1. AZ.1 SICUREZZA DEI DATI**, dalla creazione della Azienda USL Toscana Centro (a seguito della fusione delle 4 ex USL n. 3-4-10-11) le attività sugli applicativi informatici sono state indirizzate ad adeguare ed unificare i software così da permettere una gestione unificata dei processi e permettere agli operatori di fruire delle funzionalità e delle informazioni su tutto l'ambito aziendale.

Gli interventi concentrati nell'anno 2019, sono stati:

- attivazione del active directory LDAP che consente agli operatori di utilizzare una unica coppia di credenziali per accedere ai seguenti applicativi aziendali: Gestione presenze (WHR), ADT (Arianna ADT), PS (First Aid Web), Cartella Clinica Elettronica (Argos), software percorso chirurgico (Ormaweb), piattaforma di Telemedicina
- Installazione di unico applicativo aziendale come software di Pronto Soccorso integrato con LDAP, anagrafe assistiti LHA, ADT, cartella clinica, 4 RIS, 4 LIS, 3 AP, SIRE3, Telemedicina



	<b>Nucleo Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Codice</b> <b>DOC.DS.04</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 7 di 10
	<b>Documento</b> Relazione delle attività svolte nella AUTC nel 2019 inerenti Qualità e Sicurezza delle Cure			

- Installazione di unico applicativo aziendale come cartella clinica elettronica (ARGOS) integrato con LDAP, anagrafe assistiti LHA, PS, ADT, cartella clinica, software percorso chirurgico, 4 RIS, 4 LIS, 3 AP, repository unico, SIRE3, Telemedicina
- Piattaforma web di telemedicina unica per tutta l'azienda integrata con LDAP, PS, cartella clinica, 3 Repository aziendali (USL, PT, FI), 2 RIS (PO e EM - in alternativa ai repository per esigenze operative), 4 PACS.

L'attività complessiva svolta dalla SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici è documentata nell'allegato C

#### 4.14. Gestione documentale

La SOS Governance Clinico Assistenziale sviluppa la propria attività in svariati ambiti professionali, uno dei principali è quello di offrire supporto nella stesura delle varie procedure clinico-assistenziali ed organizzative amministrative necessarie a garantire un sistema di qualità e sicurezza delle cure. Nel 2019 è continuata l'attività di uniformare i vari documenti presenti nelle 4 ex asl, I documenti di prima stesura elaborati nel 2019 (procedure, percorsi, PDTA, istruzioni etc) sono stati 580, quelli revisionati sono stati circa 150 e, nell'ottica di una Governance Clinico assistenziale, particolare attenzione è stata rivolta ai percorsi clinico assistenziali.

E' stata realizzata una repository su INTRANET di tutto l'archivio documentale sia clinico che amministrativo presente in azienda ed è ancora in corso di implementazione le singole aree che compongono l'archivio.

Altra attività di rilievo è quella di sviluppare un sistema di mediazione Linguistico Culturale in Azienda. E' stato completato l'iter che ha portato ad una nuova gara di appalto regionale con maggiori servizi svolti, gli interventi di mediazione linguistica sono stati oltre 21.000. Sono state fatte numerose riunioni con varie etnie ed implementati progetti europei di intercultura (ICARE).


#### 4.15. Attività SOS Rischio Clinico

La SOS Rischio Clinico partecipa al nucleo qualità e sicurezza dell'area governo clinico con lo scopo di lavorare e contribuire alla implementazione della L.R. n.51 in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie attraverso l'inserimento nel corso di formazione per la figura del facilitatore di qualità e sicurezza delle cure di uno spazio di insegnamento svolto dai colleghi afferenti alle strutture specifiche; a tal fine la formazione specifica sul tema accreditamento e qualità dei processi, oltre che obiettivo di struttura, è finalizzato alla diffusione della metodologia e del coinvolgimento degli attori interessati.

La SOS Rischio Clinico ha partecipato al progetto revisione delle cartelle cliniche e di revisione sistematica di casi clinici con particolare riferimento agli eventi definiti "sentinella" con coinvolgimento oltre che dei professionisti coinvolti, anche con le strutture della SOC Monitoraggio del dipartimento infermieristico e Qualità del dipartimento tecnico sanitario –per le specifiche competenze ed interessamento – e con le strutture della qualità ed accreditamento, afferenti all'area del governo clinico. Interazione pressochè quotidiana con la struttura della governance clinica e della documentazione sanitaria con preciso riferimento alla revisione di alcune procedure ed istruzioni operative riferite all'applicazione delle PSPO di pertinenza.

I temi oggetto di obiettivi 2019 hanno esitato nelle seguenti attività di realizzazione e svolgimento:

- Audit clinici sui percorsi emotrasfusionali
- M&Ms review sui casi segnalati di ICA
- Implementazione della checklist chirurgica sugli ambiti specifici (CAC,Chirurgia oculistica)
- Partecipazione al percorso nascita per la definizione del percorso gravidanza a rischio (obiettivo condiviso con la Regione Toscana –Area Governo Clinico)
- Attuazione progetto osservazionale SHEL in collaborazione con SePP
- Audit sugli eventi legati al fenomeno aggressione e violenza agli operatori sanitari

	<b>Nucleo Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Codice</b> <b>DOC.DS.04</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 8 di 10
	<b>Documento</b> Relazione delle attività svolte nella AUTC nel 2019 inerenti Qualità e Sicurezza delle Cure			

- Partecipazione al corso di formazione sulla prevenzione degli atti di violenza agli operatori
- Iniziale attività di revisione del processo del consenso informato in area chirurgica
- Safety Walk Rounds presso le strutture territoriali (distretti)
- Formazione del Facilitatore Qualità e Sicurezza delle Cure
- Formazione sulla Prevenzione degli Atti di violenza contro gli operatori sanitari
- Formazione sull'utilizzo dell'applicativo di incident reporting regionale SIGRC

#### 4.16. Attività SOC Gestione Procedure Autorizzative Strutture Sanitarie Aziendali

Nel 2019, oltre all'attività ordinaria di attestazione per apertura di nuove sedi o per trasformazione di quelle esistenti, è proseguito l'aggiornamento del censimento delle sedi aziendali con inserimento delle attività e delle discipline autorizzate e ricognizione delle sedi in cui si svolgono attività sanitarie di nuova introduzione nell'ultima revisione del DPGR 79/R/2016. Tale attività ha determinato la ri-attestazione:

- dei requisiti generali, liste A, di tutti gli Ospedali aziendali;
- dei 5 Hospice Aziendali (Prato, Pistoia, Firenze: Oblate, San Giovanni di Dio, San Felice a Ema) la quale ha portato all'introduzione di un nuovo regolamento di funzionamento delle strutture, tutt'ora in implementazione;
- di 26 Strutture Residenziali della Salute Mentale Adulti per le zone di Firenze, Empoli e Prato (Pistoia verrà aggiornata nel 2020 in quanto l'apertura di una nuova sede determinerà una redistribuzione dell'offerta).

L'approfondimento normativo sta conducendo alla definizione di linee guida di indirizzo tecnico finalizzate a fornire indicazioni in fase di progettazione nel caso in particolare di nuove realizzazioni

Il 2019 ha visto inoltre l'avvio dell'elaborazione di alcuni documenti aziendali:


- alcune procedure (Gestione emergenze territoriali, Gestione emergenze cliniche territoriali e Gestione tecnologie sanitarie in collaborazione con ESTAR);
- il format aziendale per il Regolamento di presidio;
- il Regolamento tipo destinato alle strutture residenziali della Salute Mentale Adulti in collaborazione con le strutture interessate e il DSMD;
- il Regolamento tipo destinato alle strutture della Rete Territoriale.

La Struttura ha partecipato ai "Patient Safety Walkrounds", in collaborazione con il Rischio Clinico e la Rete Territoriale, finalizzati a definire eventuali azioni di miglioramento per la qualità e sicurezza delle cure, preceduti da un momento formativo svolto su tutto l'ambito aziendale.

L'attività di coordinamento durante le verifiche regionali del Servizio Trasfusionale dell'Azienda ha condotto alla revisione delle attestazioni dei requisiti di esercizio ed al monitoraggio dei piani di intervento, presso i seguenti presidi ospedalieri:

- ex Azienda Sanitaria Firenze - (Mugello, Santa Maria Annunziata, Serristori e Torregalli - Nuovo San Giovanni di Dio)
- ex Azienda USL 3 Pistoia - (Ceppo, PIOT San Marcello, San Jacopo, SS.Cosma e Damiano)
- ex Azienda USL 4 Prato - (Santo Stefano)
- 26 Strutture Residenziali della Salute Mentale Adulti per le zone di Firenze, Empoli e Prato (Pistoia verrà aggiornata nel 2020 in quanto l'apertura di una nuova sede determina una redistribuzione dell'offerta).



	<b>Nucleo Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Codice</b> <b>DOC.DS.04</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 9 di 10
	<b>Documento</b> Relazione delle attività svolte nella AUTC nel 2019 inerenti Qualità e Sicurezza delle Cure			

#### 4.17. Valutazione innovazioni - HTA

In continuità con quanto avvenuto negli anni precedenti, anche per il 2019 il processo di acquisizione di tecnologie sanitarie è stato regolato dalla metodica HTA, che prevede l'ingresso e l'utilizzo di nuove tecnologie secondo criteri quali:

sicurezza;

economicità (costo/efficacia);

omogeneità dipartimentale/aziendale;

innovatività tecnica e innovatività clinico-assistenziale;

comprovata efficacia clinica attestata da documentazione adeguata per qualità e quantità;

accettabilità per il paziente (qualità percepita).

L'iter di acquisizione di nuove apparecchiature prevede che le richieste di fornitura siano valutate a cadenza periodica dal gruppo HTA multidisciplinare, presente in Azienda da qualche anno e costituito da figure mediche, infermieristiche, tecniche (farmacisti/ingegneri) e amministrative.

Scendendo in dettaglio:

- fra gli investimenti del 2019 si evidenzia la realizzazione di nuove strutture aziendali quali: medicina F di San Giovanni di Dio di FI, Medicina Setting D SAN Jacopo di PT, Cure intermedie San Miniato, Casa della Salute Gambassi, Casa della salute Vernio, nuovo DEA SMA di FI, RSA la Melagrana, ambulatori ospetrici/ginecologici Rozzalupe, Snta Croce e Castelfiorentino (Empoli).

- le riunioni delle commissioni sono state: 9 per il Gruppo Aziendale Dispositivi medici, 20 per la unità di valutazione tecnologie, 11 per la unità di valutazione arredi e attrezzature generico sanitarie

- i protocolli processati sono stati 133 per il Gruppo Aziendale Dispositivi Medici, 788 per la unità di valutazione tecnologie, 280 per la unità di valutazione arredi e attrezzature generico sanitarie

- le gare di appalto seguite: come supporto al capitolato tecnico di "Fornitura di ago cannula e ago non carotante per serbatoi infusionali"; come commissione di gara per stesura capitolato e aggiudicazione: "gara contenitori monouso per rifiuti biologici e maceratori"; come commissione aggiudicatrice: "gara sistemi antidecubito" e "gara arredi sanitari".

#### 4. Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione

L'originale del Documento è conservato presso il Nucleo Qualità e Sicurezza delle Cure. La diffusione è a carico del referente del gruppo di redazione con modalità informatica alla lista di diffusione riportata in calce al documento.

La copia conforme digitale è disponibile sulla intranet aziendale dalla quale è consultabile e scaricabile

#### 5. Allegati


**Allegato A:** Sintesi attività formativa

**Allegato B:** Relazione qualità 2019 SOS Gestione Operativa

**Allegato C:** Sintesi dello stato di avanzamento attività informatiche

#### 6. Riferimenti

- LRT 40/2005 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" e s.m.i
- Legge Regionale 5 agosto 2009 n° 51 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e s.m.i.
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n° 79/R "Regolamento di attuazione della Legge Regionale n° 51 del 5 agosto 2009 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di

	<b>Nucleo Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Codice</b>	<b>Revisione</b>	<b>Pagina</b>
	<b>Documento</b> Relazione delle attività svolte nella AUTC nel 2019 inerenti Qualità e Sicurezza delle Cure	<b>DOC.DS.04</b>	0	10 di 10

accreditamento) in materia di autorizzazione e accreditamento delle Strutture Sanitarie e s.m.i.

- Osservatorio Regionale Carta dei Servizi pubblici Sanitari 2019 reperibile al seguente indirizzo:  
<https://www.regione.toscana.it/-/osservatorio-regionale-carta-dei-servizi-pubblici-sanitari-2019>

## 7. Lista di Diffusione

- Direzione Generale
- Direzione Sanitaria Aziendale
- Staff Direzione Generale
- Staff direzione sanitaria Aziendale

Copia conforme all'originale