

FCCM
NOI

*Fondazione
Casa
Cardinale
Maffi
ONLUS*



PIANO QUALITÀ E SICUREZZA 2022

Del. n. - C.d.A. 31 GENNAIO 2022

INDICE

1. **PREMESSA**
2. **INTRODUZIONE**
3. **RIFERIMENTI NORMATIVI**
4. **FINALITA' DEL PIANO**
5. **PRESENTAZIONE DEL PIANO**
6. **2020 ANNO DELLA PANDEMIA: COSA ABBIAMO IMPARATO**
7. **IL SISTEMA QUALITA' NELLA FONDAZIONE**
8. **GOVERNANCE QUALITA' E SICUREZZA IN FONDAZIONE: DOVE SIAMO**
9. **RENDICONTO PIANO QUALITA' E SICUREZZA 2019/2020, AUTOVALUTAZIONE ED AZIONI DI MIGLIORAMENTO**
10. **L'ANALISI DELLE PERFORMANCE**
11. **SINISTRI E RECLAMI**
12. **ATTIVITA' DA SVILUPPARE ANNO CORRENTE 2021**
13. **APPLICAZIONE STRUMENTI REGIONALI GRC: RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E PRATICHE PER LA SICUREZZA**
14. **PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' SPECIFICHE PER LA SICUREZZA DELL'ASSISTITO**
15. **ORGANIGRAMMA QUALITA' E SICUREZZA**
16. **MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO**
17. **MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**
18. **GLOSSARIO**

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare alle persone assistite l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure e per questo, i servizi sanitari e socio sanitari sono chiamati ad avviare e garantire percorsi di costante miglioramento della Qualità e Sicurezza delle prestazioni in risposta al sempre più complesso bisogno di salute dei cittadini.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico attraverso lo sviluppo della cultura della prevenzione dell'errore.

La Qualità e la Sicurezza sono caratteristiche correlate in primo luogo alla professionalità ed all'approccio adottato da ogni singolo operatore che lavora in prima linea e per questo, accanto ed a supporto degli operatori deve esserci un Sistema di Governance articolato e ramificato, a cui contribuiscono tutte le funzioni dell'organizzazione, che è quello che si cerca di descrivere in questo Piano.

Il Piano Qualità e Sicurezza contiene quindi una serie di obiettivi ed azioni finalizzate a garantire il miglioramento continuo del valore dei servizi per la salute degli assistiti, con un approccio orientato verso tutte le dimensioni della Qualità: sicurezza, efficacia, tempestività, efficienza, equità e centralità della persona assistita.

Il presente documento definisce il Piano per la Qualità e la Sicurezza delle cure della Fondazione Casa Cardinale Maffi per l'anno 2022 e va inteso in continuità con i precedenti Piani Qualità e Sicurezza adottati annualmente con deliberazioni del Consiglio di Amministrazione.

2. INTRODUZIONE

CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Fondazione Casa Cardinale Maffi – O.N.L.U.S. è un'organizzazione che persegue finalità di solidarietà sociale e gestisce servizi sanitari, socio sanitari e sociali rivolti a persone con disabilità motoria, psichica e sensoriale in regime residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale.

Le attuali attività della Fondazione sono rivolte a persone anziane, portatrici di handicap, disabili non autosufficienti, a persone affette da gravi patologie fisiche, psichiche, sensoriali congenite o acquisite, compreso lo stato vegetativo e/o di minima coscienza, per le quali, alla situazione di svantaggio, si possono aggiungere condizioni familiari e sociali precarie tali da non rendere possibile la loro permanenza nel proprio ambiente anche con l'intervento di altri servizi ausiliari presenti sul territorio.

Le attività primarie sono:

- offrire prestazioni di natura sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa), sociale ed assistenziale attraverso una confortevole ospitalità ed un ambiente affettivo e personalizzato che consenta a tutti gli assistiti di trascorrere un'esistenza serena e soddisfacente, nel rispetto della loro autonomia ed esigenze specifiche, volta allo sviluppo delle potenzialità anche inespresse garantendo altresì lo studio e la ricerca di iniziative tendenti a migliorare la qualità della loro vita e, ove possibile, il re-inserimento familiare e sociale;
- erogare prestazioni riabilitative dirette al recupero funzionale, all'integrazione sociale, alla prevenzione dell'aggravamento nelle patologie croniche di soggetti affetti da disabilità fisiche e psichiche;
- garantire interventi di tipo educativo alle persone assistite per il mantenimento e lo sviluppo delle loro capacità.

STRUTTURE E SERVIZI

I Servizi erogati dalla Fondazione si sviluppano in otto strutture di cui sette dislocate sul territorio della Regione Toscana ed una nella Regione Liguria rispettivamente nelle Province di Livorno, Pisa, Massa Carrara e La Spezia per un totale complessivo di circa 500 posti letto per assistiti residenziali e 30 per assistiti semiresidenziali oltre all'attività ambulatoriale con accesso diretto di utenti che provengono dal territorio impiegando complessivamente circa 400 operatori di diversa professionalità alle dirette dipendenze della Fondazione oltre ad altri 100 operatori circa per l'erogazione dei servizi alberghieri attraverso contratti di appalto esternalizzati.

La Fondazione gestisce strutture sanitarie e sociosanitarie che complessivamente erogano 18 tipi di servizi diversi residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali organizzati in otto strutture (Unità Operative) dislocate in 2 Regioni, 4 Province e 6 Comuni.

IN TOSCANA:**San Pietro in Palazzi** via G. Mameli n. 4, Cecina (LI)

- *Residenza Sanitaria Assistenziale con Modulo Base*
- *Progetto Sole*
- *Residenza per autosufficienti*

Cecina via Montanara, (LI)

- *Residenza Sanitaria Assistenziale con:*
 - *Modulo Base*
 - *Modulo Motorio*
 - *Modulo Stati Vegetativi*
- *Centro Diurno Geriatrico*
- *Residenza Sanitaria "Unità Stati Vegetativi" (U.S.V.) - Progetto Aurora*

Rosignano Solvay via Delle Pescine n. 126, (LI)

- *Residenza Sanitaria Assistenziale con:*
 - *Modulo Base*
 - *Modulo Cognitivo Comportamentale*
- *Centro Diurno Alzheimer*

Collesalveti via Palestro 25, (LI)

- *Residenza Sanitaria per Disabili*
- *Progetto Germoglio (appartamento di transizione)*
- *Centro Diurno per Disabili*

Collesalveti via don Bosco n. 13, (LI)

- *Centro di Riabilitazione Ambulatoriale*

Mezzana via Toniolo n. 41, San Giuliano Terme, (PI)

- *Residenza Sanitaria Assistenziale con:*
 - *Modulo Base*
 - *Modulo Bassa Intensità Assistenziale*
- *Residenza per autosufficienti*

Fivizzano loc. Motta, (MS)

- *Residenza Sanitaria Assistenziale con Modulo Base*
- *Struttura Residenziale a Carattere Comunitario*
- *Struttura Residenziale Psichiatrica (S.R.P.1.1)*
- *Struttura Residenziale Psichiatrica (S.R.P.3.3)*

IN LIGURIA:**Olmarello** loc. Olmarello, Castelnuovo Magra, (SP)

- *Struttura Residenziale Psichiatrica (S.R.P.2)*



- *Struttura Residenziale Psichiatrica (S.R.P.3.1 - S.R.P.3.2)*

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il sistema di “miglioramento continuo della Qualità” all’interno della Fondazione è stato introdotto dall’anno 2004 con il “Contratto Regionale di lavoro integrativo del CCNL UNEBA valido nell’ambito della Regione Toscana del 23/01/2004” ed è tuttora in atto, evolvendosi nei contenuti con il mutare dei tempi.

Ma mentre la Qualità è un concetto molto ampio che da anni costituisce un vero e proprio caposaldo all’interno delle strutture sanitarie e socio sanitarie della Fondazione in ottemperanza alla normativa per l’accreditamento delle strutture, la sicurezza delle cure, meglio nota come “gestione del rischio clinico” è un sistema obbligatorio introdotto dalla normativa sanitaria nazionale nello scorso decennio volto alla prevenzione, gestione e misurazione del rischio per la sicurezza del paziente in strutture sanitarie e solo recentemente, con la c.d. “Legge Gelli” del 2017, tale sistema è diventato obbligatorio anche in strutture socio sanitarie.

I principali documenti normativi in materia di qualità, accreditamento sanitario e socio sanitario e sicurezza delle cure a cui si riferisce il presente Piano della Qualità e sicurezza sono:

- L.R. 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 accreditamento*” e Regolamento di attuazione D.P.G.R. n. 79/R del 17 novembre 2016 e s.m.i.
- D.G.R. n. 718 del 01 agosto 2011 “*Realizzazione del sistema informatizzato integrato per la gestione del rischio clinico e sistema qualità e istituzione del sistema informativo regionale rischio clinico e sicurezza del paziente*”.
- Legge n. 24 dell’8 marzo 2017 “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*” nota come Legge Gelli, che qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l’insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio - alle quali concorre tutto il personale - devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.
- D.G.R. n. 1185 del 28 dicembre 2017: “*Approvazione documenti in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie. Manuale e procedura per l’accreditamento istituzionale*”.
- D.P.G.R. n.2/R del 9 gennaio 2018 “*Regolamento di attuazione dell’art. 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)*”.

- D.P.G.R. n. 86/R dell'11 agosto 2020 "Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82", primo atto normativo per l'implementazione del nuovo sistema di accreditamento socio sanitario toscano in corso di completamento.

4. FINALITÀ DEL PIANO

Il presente Piano Qualità e Sicurezza, in continuità con i Piani precedenti, viene pubblicato per far conoscere i principi che ispirano la Qualità e la Sicurezza delle cure e le relative azioni svolte e programmate all'interno dei vari Servizi nelle strutture della Fondazione.

Scopo di questo documento è infatti quello di descrivere ed indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per migliorare la qualità e la gestione del rischio clinico poiché la principale finalità della programmazione è quella di assicurare risposte adeguate nei processi di assistenza e cura che si declina via via in obiettivi specifici e azioni da porre in atto per raggiungerli.

In questa logica la qualità e sicurezza rappresenta "il substrato" nell'ambito del quale si sviluppa la programmazione, evidenziando la necessità di agire in una logica di integrazione, condivisione e partecipazione, con una visione trasversale e per processi, emersa ancora di più durante la gestione dell'emergenza Covid-19.

Il risultato finale del Piano Qualità e Sicurezza si sintetizza nei seguenti indicatori:

- esiste un piano aziendale, aggiornato con cadenza annuale, per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure;
- il piano è correlato da un report annuale sui risultati raggiunti;
- il piano indica in modo sintetico le priorità e le azioni di miglioramento in corso;
- il piano contiene un focus sulle attività specifiche relative ai principali rischi per la sicurezza delle cure.

5. PRESENTAZIONE DEL PIANO

Come per gli anni precedenti sono presenti incontri nel mese di febbraio in cui verranno presentati i dati relativi all'andamento dell'anno 2021 (report qualità e sicurezza delle cure erogate) e congiuntamente gli obiettivi per l'anno 2022. Il presente Piano Qualità e Sicurezza intende proseguire e consolidare le azioni intraprese nell'anno precedente in ambito di qualità delle prestazioni erogate e prevenzione dei rischi clinici ed, in coerenza con la Mission aziendale, sono stati identificati i seguenti obiettivi strategici:

- 1 – implementare la rilevazione dell'evoluzione della misurazione della qualità di vita degli assistiti;
- 2 – migliorare la diffusione della cultura della sicurezza delle cure (sistema GRC);
- 3 – migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio/contenimento degli eventi avversi;
- 4 – rendere più collegiale e condivisa la cultura della qualità e sicurezza implementando il sistema di reporting e di audit dei processi trasversali alla Fondazione;
- 5 – implementare la revisione delle procedure e protocolli della Fondazione.

6. 2020 ANNO DELLA PANDEMIA: COSA ABBIAMO IMPARATO

La gestione della Pandemia COVID-19 ha rappresentato un test fondamentale per comprendere le capacità di Governance della Qualità e della Sicurezza nella nostra Fondazione. Da un lato gli operatori sul campo hanno dimostrato di possedere la capacità di affrontare la complessità: capacità di risposta, rispetto delle regole, flessibilità, capacità di lavorare in gruppo, spirito di squadra. Dall'altro l'organizzazione che ha coinvolto in modo attivo tutti coloro che avevano una qualche funzione di direzione o di coordinamento ha risposto in modo attivo e concreto in tutte le fasi di governo e supporto operativo dei servizi sanitari, sociosanitari e della prevenzione, promuovendo in particolare la visione e gli strumenti della qualità e della sicurezza nei principali sistemi di governo dell'emergenza (Unità di Crisi – Task force).

Di seguito, sono descritte in sintesi le attività svolte nelle tre fasi di:

- A. gestione dell'emergenza sanitaria (febbraio – marzo 2020);
- B. lotta alla pandemia (aprile - luglio 2020);
- C. convivenza con la pandemia (da agosto in poi).

A. Gestione dell'emergenza sanitaria (febbraio – marzo 2020);

L'emergenza COVID-19 è iniziata in Italia il 21 febbraio 2020 ed il 25 febbraio, presso la sede legale della Fondazione, si riunisce la neo-costituita "Unità di Crisi", allo scopo di unire le diverse competenze per aiutare a supportare al meglio la gestione dell'emergenza. L'Unità di Crisi è composta da: Direttore Generale, Clinical Risk Manager (CRM), due Direttori Sanitari, Responsabile Ufficio Personale, Responsabile Ufficio Acquisti, Medico Competente, RSPP, Responsabile privacy. Per favorire la tempestività degli interventi decisionali e l'unità di regia, è stata identificata al suo interno la Task Force (CRM e due DS), contattabile nelle 24 ore di tutti i giorni della settimana. Tale unità di pronto intervento all'interno della Fondazione persegue finalità consultiva per la prevenzione alla diffusione della malattia da Covid-19, interpretativa delle norme provenienti dai livelli regionali e nazionali, di condivisione ed aggiornamento delle evidenze scientifiche per supportare l'organizzazione dinamica dei servizi sanitari e socio sanitari.

Il 26 febbraio si procede a:

- stilare un primo regolamento per mettere in sicurezza le strutture della Fondazione;
- accertare la quantità dei Dispositivi Individuali di Protezione presenti in magazzino;
- inviare gli ordini per l'approvvigionamento di mascherine chirurgiche e DPI mancanti;

- coinvolgere le funzioni direttive di tutte le strutture.

Il 3 marzo la task force decide, in accordo con l'Unità di Crisi, la chiusura totale di tutte le strutture della Fondazione ed il 10 marzo inizia il lock down in Italia.

Si introducono variazioni organizzative che bloccano lo scambio degli operatori tra le strutture.

Inizia l'attività formativa per l'emergenza, con incontri in meet anche giornalieri con i Responsabili di U.O. e settimanali a carattere collegiale tra tutte le strutture della Fondazione, il Presidente e la Direzione Generale.

Oltre alle misure di protezione per gli assistiti, è attiva e costante la collaborazione con il Medico Competente e l'RSPP della Fondazione per proteggere i lavoratori e le strutture sanitarie e socio sanitarie dal contagio. Non si registrano casi in Fondazione.

B. Lotta alla pandemia (aprile – luglio 2020)

A scopo preventivo si chiudono anche i Centri Diurni di Cecina, Rosignano, Collesalveti ed il Centro di Riabilitazione ambulatoriale di Collesalveti.

Continua intensamente l'analisi della documentazione nazionale, regionale e dell'Azienda Toscana Nord Ovest che comincia a diffondersi dando indicazioni a volte anche contraddittorie. Per la Fondazione, la Task Force legge e sintetizza i percorsi da attivare aggiornando periodicamente i protocolli interni che vengono diffusi a tutti gli operatori.

In questo periodo è cruciale il reperimento del materiale di prevenzione individuale (DPI) che si riesce a mantenere sempre disponibile per tutti gli operatori.

Continua e si intensifica la formazione per la prevenzione al contagio da Covid-19 e la comunicazione interna e trasversale alla Fondazione.

Si partecipa alla survey per le RSA italiane dell'Istituto Superiore di Sanità con particolare attenzione ai ricoveri e ai decessi, accertati o sospetti da COVID-19 che, risultano in Regione Toscana con una percentuale del 2,1% di decessi per COVID-19, a fronte del 3,3 % a livello nazionale. In Fondazione viene fatta una indagine interna per valutare l'andamento dei ricoveri e dei decessi, confrontando i periodi gennaio/aprile 2019 e 2020, e dall'analisi si evincono dati rassicuranti:

- Numero totale ricoveri: 2019 = 41 2020 = 37
- Numero totale decessi: 2019 = 25 2020 = 24

Continua l'attività formativa del personale, l'aggiornamento dei protocolli interni, la comunicazione interna e trasversale tra i servizi della Fondazione, la collaborazione con il servizio interno di sicurezza sui luoghi di lavoro.

I vari servizi della Fondazione, nelle varie Unità Operative, sono oggetto di verifiche da parte delle Commissioni dell'Azienda USL che registrano e verbalizzano un buon livello delle misure di prevenzione adottate. Periodicamente vengono portati in Consiglio di Amministrazione aggiornamenti sulle misure di prevenzione alla diffusione della pandemia.

Non ci sono casi di contagio in Fondazione.

C. Convivenza con la pandemia (da agosto 2020 in poi)

Si istituiscono gruppi di lavoro per l'organizzazione della riapertura dei Centri Diurni e del Centro di Riabilitazione ambulatoriale di Collesalvetti, che vengono tutti riaperti adottando specifiche misure di prevenzione concordate con l'Azienda USL.

Continuano le verifiche da parte delle Commissioni di Vigilanza dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest e vengono istituite le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) con le quali si intraprendono rapporti.

Continua la Formazione e la Comunicazione trasversale che diventa prima quindicinale e poi mensile con il Presidente, la Direzione Generale e le Unità Operative.

A settembre si apre un focolaio di infezione nella struttura di Olmarello che cessa senza conseguenze sia per gli operatori che per gli assistiti nel mese di novembre 2020.

Continua l'adozione di tutte le misure di prevenzione in tutte le strutture.

A novembre si apre un focolaio di infezione nella Residenza Sanitaria per Disabili di Collesalvetti che cessa a febbraio 2021 registrando il decesso in un assistito positivo a bassa carica al virus SARS-Covid19 nel mese di dicembre 2020 per cause apparentemente non dovute ad esso. Sempre nel mese di febbraio si riaccende un piccolo focolaio sempre nella struttura di Collesalvetti, risoltosi agli inizi di marzo 2021.

Con l'evolversi del quadro epidemiologico a livello Nazionale e seguendo le direttive ministeriali e regionali, a partire dall'estate 2021 si è proceduto ad una graduale riapertura delle strutture sia per quanto riguarda le uscite e i rientri a domicilio dei FP che per le visite dei familiari all'interno delle strutture stesse. Purtroppo con la comparsa della variante Omicron nell'autunno 2021, si è assistito ad una recrudescenza dei contagi a livello nazionale ed in ottemperanza alle indicazioni regionali e alle decisioni dei Direttori Sanitari/Direttori Esecutivi delle singole Unità Operative della Fondazione

si sono nuovamente adottate misure restrittive con la chiusura parziale e/o totale delle Residenze da novembre 2021 ad oggi.

La nuova ondata pandemica (quarta) ha coinvolto diverse strutture della Fondazione; più nello specifico, nel gennaio 2022 è risultato positivo un FP nella struttura di Olmarello per cui si è resa necessaria l'ospedalizzazione, gli altri FP non sono rimasti coinvolti. Sempre nel mese di Gennaio 2022 si è acceso un focolaio nella struttura di Fivizzano, tuttora in corso, che ha visto coinvolti sia FP che operatori della struttura. Un altro focolaio è stato rilevato sempre nel corso di questo primo mese del 2022 nella struttura di Collesalveti (CD e RSD) per il quale sono rimasti contagiati sia FP che operatori. Nella struttura di Rosignano è risultata positiva una SP del CD.

Ad oggi (gennaio 2022) non risultano interessati dal contagio altri assistiti della Fondazione mentre sono risultati positivi alcuni operatori, presumibilmente per contatti intrafamiliari.

Per tutto il periodo pandemico è continuata la formazione periodica del personale (da remoto) oltre alla formazione per la prevenzione del rischio biologico ai neoassunti prima dell'inizio del rapporto di lavoro.

Resta costante l'aggiornamento plurisettimanale (da remoto) sull'andamento delle azioni di prevenzione al contagio adottate in Fondazione con il diretto coinvolgimento della Task Force (CRM e Direttori Sanitari) e Medico Competente, RSPP e Direzione Generale, Direttori Esecutivi e Responsabili dei vari Servizi/Uffici.

PUNTI di FORZA

Analizzando la situazione complessiva e i relativi dati, si ritiene che i fattori favorevoli al buon esito della gestione dell'emergenza COVID-19 all'interno della Fondazione siano riconducibili a:

- Attivazione tempestiva dell'Unità di Crisi e della Task Force.
- Presenza di infermieri h24 in tutte le strutture della Fondazione.
- Uso tempestivo e costante di mascherine e DPI.
- Mantenimento degli operatori in una sola sede, senza scambi tra le strutture.
- Comunicazione interna in videoconferenza plurisettimanale.
- Formazione online ripetuta di tutti gli operatori.
- Stesura rapida ed aggiornamento costante di protocolli interni ad uso di tutti gli operatori.
- Dimensioni ridotte delle strutture (da minimo 40 a massimo 94 posti letto).
- Numerosi colloqui di assunzione per garantire l'assistenza anche in caso di assenze del personale.
- Senso di responsabilità degli operatori nella gestione degli aspetti professionali/lavorativi e della propria vita personale.

PUNTI di DEBOLEZZA

- La mancanza iniziale di direttive regionali e locali per arginare la pandemia.
- La difficoltà a far rispettare le condizioni stabilite (tempi) negli ordini del materiale (DPI – detergenti...) da parte delle ditte fornitrici.
- La difformità di indirizzi da parte delle disposizioni regionali e dell’Azienda USL Toscana Nord Ovest che ha avuto comportamenti difformi sul suo territorio.
- Il non riconoscimento a livello Regionale delle nuove necessità delle strutture territoriali in termini di maggiore presenza di personale infermieristico e di presenza di personale medico interno. Tale aspetto si è reso più evidente con la comparsa della variante Omicron, in quanto il ripresentarsi di una situazione emergenziale sia a livello nazionale che locale ha comportato da parte delle ASL il rapido richiamo di personale infermieristico (in graduatoria nei concorsi effettuati) con il conseguente impoverimento dei team infermieristici all’interno delle nostre strutture e questo nonostante le precedenti rassicurazioni ricevute a livello regionale.
- La necessità di integrare tempestivamente le conoscenze del personale in tema di prevenzione e gestione delle infezioni.
- La particolare natura degli assistiti di alcune Unità Operative della Fondazione (Fivizzano, Olmarello e Collesalveti), che ha limitato il rispetto del distanziamento sociale per contrastare la diffusione del virus.
- L’ingerenza, non concordata, della funzione pubblica nell’organizzazione del lavoro delle nostre strutture (richiesta di incarichi specifici apriori) aumentando notevolmente i carichi di lavoro (screening settimanali).

CHE COSA ABBIAMO IMPARATO

- L’importanza di una regia centralizzata in una situazione di emergenza.
- Il valore della multidisciplinarietà nella gestione delle emergenze e del lavoro di squadra.
- L’utilità di sistemi di comunicazione trasversali (meet) sia per riunioni di tipo organizzative che per la formazione specifica.
- L’approccio sistemico che investe tutti i settori dell’organizzazione del lavoro in Fondazione per la gestione della pandemia.
- L’integrazione necessaria tra la salute dell’individuo e quella collettiva, delle comunità, dei lavoratori e, in generale, della popolazione.

7. IL SISTEMA QUALITÀ’ NELLA FCCM

Il sistema di “Miglioramento continuo della Qualità” all’interno della Fondazione è stato introdotto nell’anno 2002 con la stesura dei primi Progetti Qualità nell’anno 2003 e si è consolidato con la firma del “*Contratto Regionale di lavoro integrativo del CCNL UNEBA valido nell’ambito della Regione Toscana del 23/01/2004*” che è tuttora in atto, evolvendosi nei contenuti con il mutare dei tempi.

Il sistema prevede un premio incentivante a fronte del raggiungimento degli obiettivi dei progetti qualità e della presenza in servizio, secondo i criteri stabiliti all’interno dell’accordo sindacale sopraddetto.

Per la parte relativa alla Qualità, il sistema si fonda sin dalle sue origini, sul miglioramento continuo di tutti i processi della Fondazione nella logica della condivisione degli obiettivi e del coinvolgimento diffuso di tutti gli operatori con particolare attenzione alla qualità del servizio, alle risorse e alle relazioni.

L’iter per il “miglioramento continuo della qualità” si realizza attraverso diverse fasi e tempi:

<i>FASI</i>	<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TEMPI</i>
1	<i>Individuazione</i> dei progetti di miglioramento della qualità all’interno delle U.O./Servizi della Fondazione in modo condiviso e collegiale tra tutti gli operatori	gennaio/febbraio
2	<i>Elaborazione</i> dei Progetti Qualità secondo una modalità condivisa: titolo - contesto di riferimenti - obiettivi - indicatori - fasi - partecipanti – referente del progetto	febbraio/marzo
3	<i>Approvazione</i> del Consiglio di Amministrazione dei Progetti Qualità dell’anno corrente e contestualmente dei risultati dell’anno precedente	marzo/aprile
4	<i>Esecuzione</i> di quanto programmato secondo le fasi stabilite all’interno dei singoli progetti	da febbraio e per tutti i successivi mesi dell’anno e comunque entro dicembre dell’anno solare
5	<i>Audit</i> periodici per la verifica formativa quali-quantitativa della realizzazione dei progetti Qualità	fine primo semestre e fine secondo semestre dell’anno solare

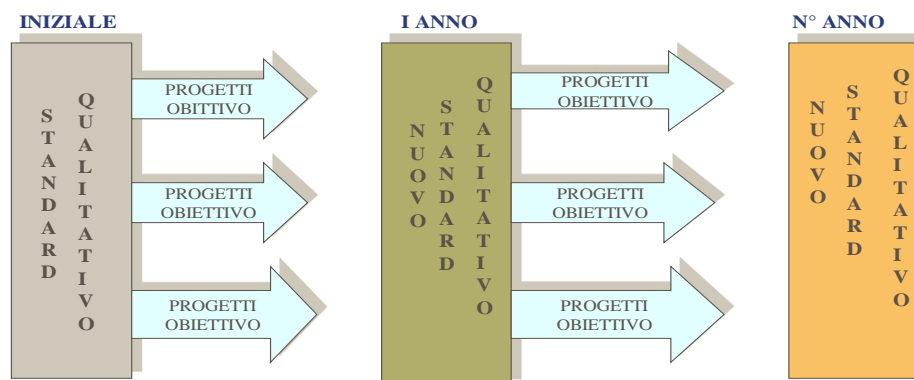
6	<i>Risultati</i> raggiunti rispetto agli obiettivi e agli indicatori previsti all'interno di ogni Progetto Qualità con autovalutazione del gruppo	dicembre/gennaio dell'anno successivo
---	---	---------------------------------------

CRONOPROGRAMMA

	G E N	F E B	M A R	A P R	M A G	G I U	L U G	A G O	S E T	O T T	N O V	D I C
Individuazione progetti qualità in equipe												
Elaborazione Progetti Qualità												
Approvazione CdA												
Esecuzione progetti												
Audit periodici												
Risultati raggiunti												

Il Sistema prevede che annualmente i Progetti di miglioramento della qualità realizzati costituiscono il nuovo standard qualitativo e/o quantitativo della Fondazione e continuano ad essere applicati come normale attività lavorativa mentre per il nuovo anno solare riparte la fase progettuale per l'individuazione dei nuovi progetti qualità.

MIGLIORAMENTO CONTINUO DEGLI STANDARD QUALITATIVI



La fase determinante per lo sviluppo della qualità è la prima, quella relativa alla “individuazione” degli Obiettivi da raggiungere. Il risultato e l’efficacia di questa fase è costituita da una buona capacità di analisi del contesto lavorativo e l’individuazione delle azioni di miglioramento da mettere in atto anche in funzione dei risultati degli altri strumenti organizzativi attivi come le customer satisfaction, le indagini del MeS per le Residenze Sanitarie Assistenziali, i processi relativi ai sistemi di accreditamento, gli standard raggiunti nella sicurezza delle cure.

Anche gli obiettivi strategici che la Fondazione ha deliberato a dicembre 2019 con la costruzione di tre nuove strutture a San Pietro in Palazzi, Rosignano e Mezzana, costituiscono parte integrante del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure ma che per l’entità della loro portata e tempistica, non sono oggetto del presente Piano.

I Progetti Qualità individuati nelle Unità Operative per l’anno 2022 sono i seguenti:

Unità Operativa SAN PIETRO IN PALAZZI		
Cod.	Titolo	Obiettivo
1.1	<i>Ci sarò per te: la relazione come spazio di cura</i>	Incrementare e valorizzare le attività di animazione già in essere all’interno dei nuclei nel rispetto dei bisogni degli assistiti accolti nei vari nuclei
1.2	<i>Terapia al bisogno: gestione e responsabilità</i>	Ridurre la somministrazione della terapia al bisogno rispetto al 2021
Unità Operativa CECINA RSA/CD		

Cod.	Titolo	Obiettivo
2.1	<i>Controllo dell'andamento del peso dei Fratelli Preziosi della RSA</i>	L'obiettivo è che non ci siano eccessi in negativo per chi deve acquisire peso (tipo demenze), e non si verifichino eccedenze per chi non deve prendere peso (tipo stati vegetativi)
2.2	<i>Migliorare la modalità di somministrazione di terapie dermatologiche prescritte</i>	Evitare patologie conseguenti (piaghe, funghi, acariosi...)
2.3	<i>Idratazione</i>	Migliorare l'idratazione dei fratelli preziosi al fine di evitare disidratazione e patologie conseguenti
2.4	<i>Relazioni con i familiari</i>	Migliorare le relazioni con i familiari con l'utilizzo di tutti i mezzi tecnologici a disposizione
Unità Operativa CECINA USV		
Cod.	Titolo	Obiettivo
2.5	<i>Corretta rilevazione del peso corporeo</i>	Migliorare la rilevazione del peso corporeo
2.6	<i>Adeguatezza del passaggio di consegne</i>	Migliorare lo scambio di informazioni
Unità Operativa ROSIGNANO		
Cod.	Titolo	Obiettivo
3.1	<i>Sonno/veglia in RSA</i>	Utilizzare/implementare una scheda che ci permetta di monitorare in maniera oggettiva il sonno delle persone assistite in RSA in modo da poter comunicare in modo efficace al MMG e al familiare
3.2	<i>Efficace lettura della comunicazione</i>	Migliorare la comunicazione
3.3	<i>Alimentazione nel servizio semiresidenziale</i>	Utilizzare/implementare una scheda che ci permetta di monitorare in maniera oggettiva i pasti assunti nell'arco della giornata di presenza dalle persone assistite nel Centro Diurno in modo da poter comunicare in modo efficace al familiare
Unità Operativa MEZZANA		

Cod.	Titolo	Obiettivo
4.1	<i>La gestione multiprofessionale come strumento di cura e prevenzione del dolore e delle lesioni</i>	Migliorare la gestione e il coinvolgimento multiprofessionale dell' evento lesione e la segnalazione e cura del dolore
4.2	<i>La gestione multiprofessionale delle problematiche legate all'alimentazione.</i>	Migliorare la personalizzazione dell'alimentazione nelle persone che presentano problematiche specifiche
Unità Operativa OLMARELLO		
Cod.	Titolo	Obiettivo
5.1	<i>Umanizzazione delle cure</i>	Rendere il luogo di cura e le relative pratiche orientate il più possibile alla persona, attraverso alcune azioni fondamentali.
5.2	<i>Percorsi di vita autonoma</i>	Creare percorsi di cura individualizzati e progetti di intervento specifici cercando di potenziare l'autonomia dei FP. Puntando inoltre alla re-inclusione nel contesto sociale, familiare e lavorativo.
5.3	<i>Protocolli emergenze e somministrazione della terapia al bisogno</i>	Ottimizzare la somministrazione della terapia al bisogno creando adeguati protocolli dove gli infermieri troveranno precise indicazioni sugli interventi farmacologici da attuare in base a precisi quadri clinici.
Unità Operativa FIVIZZANO RSA		
Cod.	Titolo	Obiettivo
6.1	<i>Miglioramento e ottimizzazione delle Cartella Informatizzata</i>	Affinare e completare l'utilizzo di questo strumento sfruttandolo al massimo delle sue potenzialità
6.2	<i>Miglioramento del lavoro di equipe</i>	Organizzare momenti di equipe stabile fissi nelle settimane e nei mesi che consentano un lavoro di equipe costantemente sotto controllo a più livelli
Unità Operativa FIVIZZANO SRP1.1/SRP3.3		

Cod.	Titolo	Obiettivo
6.3	<i>Miglioramento e ottimizzazione delle Cartella Informatizzata</i>	Affinare e completare l'utilizzo di questo strumento sfruttandolo al massimo delle sue potenzialità
6.4	<i>Miglioramento del lavoro di equipe</i>	Organizzare momenti di equipe stabile fissi nelle settimane e nei mesi che consentano un lavoro di equipe costantemente sotto controllo a più livelli
Unità Operativa COLLESALVETTI RSD e C.D.		
Cod.	Titolo	Obiettivo
7.1	<i>Comunicazione nel gruppo di lavoro facilitare il flusso informativo e operativo</i>	Migliorare il contesto organizzativo e comunicativo per determinare un miglior funzionamento dei vari gruppi di lavoro.
7.2	<i>Arricchimento degli ambienti come strumento di cura</i>	Rendere gradevoli e curati i nuovi ambienti di vita all' interno ed all'esterno dell' RSD per migliorare il contesto ambientale di vita dei F.P
Unità Operativa COLLESALVETTI CdR		
Cod.	Titolo	Obiettivo
7.3	<i>Sviluppare nuove strategie organizzative all'interno della struttura del CDR</i>	La riorganizzazione che metteremo in atto all'interno della nostra struttura presenta molteplici scopi come: garantire maggiore riservatezza all'utenza, migliorare la fruibilità e la velocità di accesso agli spazi e favorire un miglior recupero funzionale tramite l'acquisto di nuove attrezzature di riabilitazione.
7.4	<i>Revisionare gli opuscoli degli esercizi consigliati ai pazienti in dimissione da effettuare a domicilio in base alla propria patologia protesica di spalla, ginocchio e anca.</i>	L'aggiornamento e la consegna degli opuscoli ai pazienti in dimissione con patologia protesica di spalla, ginocchio e anca, ha lo scopo di migliorare ed incrementare la compliance del paziente al trattamento riabilitativo per favorire il recupero funzionale nella quotidianità.
Unità Operativa SEDE LEGALE		

Cod.	Titolo	Obiettivo
8.1	<i>Implementazione sistema di gestione e controllo</i>	Razionalizzazione degli acquisti e miglioramento della gestione economico-aziendale.

8. GOVERNANCE QUALITÀ E SICUREZZA IN FONDAZIONE: DOVE SIAMO

Considerata l'evoluzione dei sistemi di accreditamento e di gestione del rischio clinico in questi ultimi anni, ed in particolare per effetto della c.d. Legge Gelli, ulteriormente rinforzata dagli eventi avversi associati alla Pandemia da Covid-19 e da quanto appreso durante l'emergenza, si è consolidata una visione sempre più integrata delle politiche di qualità e sicurezza. Tale visione è testimoniata anche dal fatto che gli stessi organi di controllo e verifica del possesso dei nuovi requisiti di accreditamento, nonché la relativa documentazione, chiede un unico Piano che integri gli interventi per il miglioramento continuo della qualità e la sicurezza delle cure.

La Gestione del Rischio Clinico rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come "il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale e strategie organizzative che contribuiscono ad implementare la qualità e la sicurezza delle cure".

Lo scopo è quello di provvedere in ogni ambito ad identificare, analizzare, valutare e trattare la qualità ed i rischi in modo univoco ed individuare le relative azioni di miglioramento.

La qualità e la sicurezza delle cure vengono, quindi, continuamente presidiate e le criticità vengono affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti come di seguito elencati, facendo riferimento alle corrispondenti aree indicate dal numero riportato tra parentesi:

- Il sistema di miglioramento continuo della qualità: Progetti Qualità annuali (1).
- La gestione del rischio clinico con il monitoraggio ed analisi degli eventi avversi, l'elaborazione e la diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, la formazione degli operatori al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio (2 - 3).
- I processi di accreditamento sanitario e socio sanitario (4 - 5).
- Le indagini di soddisfazione degli assistiti, familiari ed operatori (6).
- Il sistema di valutazione delle performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali in Regione Toscana (7).
- Il sistema di Audit e di Reporting (8).

9. RENDICONTO PIANO QUALITÀ E SICUREZZA 2021 AUTOVALUTAZIONE ED AZIONI DI MIGLIORAMENTO

L'anno 2021 ha continuato ad essere particolarmente "difficile" a causa del protrarsi della pandemia che ha determinato il perdurare di cambiamenti in molti processi aziendali per poter fronteggiare l'emergenza che ad inizio 2020 si è abbattuta con drammatica violenza in tutti i contesti mondiali ed in particolar modo in quelli sanitari e socio sanitari, determinando anche importanti variazioni nei tempi di attuazione della programmazione predefinita. Si rende pertanto opportuno procedere a rendicontare le attività programmate in Fondazione per quanto riguarda la Qualità e la sicurezza delle cure prendendo in considerazione l'anno 2021.

AZIONI 2021	RISULTATI ATTESI	RENDICONTAZIONE	AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2022
1 - Qualità di vita degli assistiti			
1.1 Completare l'informatizzazione di tutti i test/scale in uso nelle U.O. della Fondazione	Tutti i test/scale utilizzati sono a disposizione nella cartella informatizzata	Audit semestrali sulla compilazione della cartella informatizzata	Portare a termine il processo inserendo i test/scale mancanti
1.2 Diffusione dell'informatizzazione della cartella sanitaria anche al Centro di Riabilitazione	Utilizzo della cartella informatizzata nel Centro di Riabilitazione di Collesalveti	Formazione specifica	Informatizzare la cartella sanitaria del CdR
1.3 Ottimizzazione dell'utilizzo della cartella informatizzata in tutte le Unità Operative della Fondazione.	Utilizzo di tutte le nuove funzioni della cartella informatizzata	Formazione	Continuare la formazione sull'utilizzo delle nuove funzioni della cartella informatizzata
1.4 Implementazione dei protocolli e procedure	Revisione e diffusione di protocolli e procedure	Riunioni periodiche e gruppi di lavoro	Revisione di tutti i protocolli e procedure presenti nelle Unità Operative

1.5 Redazione delle Job Description da parte di tutte le categorie professionali che operano nella Fondazione	Elencare chiaramente le attività svolte da ogni figura professionale	Riunioni con tutti i gruppi di operatori	Revisione di tutte le job description raccolte
2 - Cultura sicurezza delle cure			
2.1 Implementazione del sistema in atto di gestione del rischio clinico	Mantenimento dell'analisi, pianificazione dei rischi per la sicurezza delle cure Inserimento in cartella CBA dell'analisi del rischio per la sicurezza delle cure per ogni assistiti in ingresso in struttura (analisi dei bisogni)	Audit periodici della cartella informatizzata Stesura dei piani di prevenzione all'ingresso Analisi dei rischi con test/schede codificate e stesura dei piani di prevenzione ad ogni stesura di PAP/PTR o al bisogno	Continuare l'applicazione di quanto programmato ed implementare il processo in atto.
2.2 Gestione eventi avversi	Corretta compilazione delle schede di analisi e registrazione degli eventi	Audit interni per la gestione degli eventi avversi Compilazione delle schede in CBA per gli specifici eventi avversi (cadute, contenzioni, lesioni, episodi infettivi)	Implementare la cultura della segnalazione degli eventi avversi
2.3 Diffusione della figura del facilitatore per il GRC in ogni U.O. socio sanitaria della Fondazione e completare l'organigramma della sicurezza delle cure	Presenza di facilitatori nelle Unità Operative	Svolti corsi di formazione per tutti gli operatori della Fondazione (n. 16 eventi, n. 284 operatori , n. 431 ore svolte) per la diffusione della figura del facilitatore per il GRC	Implementazione della figura del facilitatore

<p>2.4 Sviluppo della cultura della sicurezza delle cure in tutte le U.O. della Fondazione, anche nelle strutture socio sanitarie</p>	<p>Formazione specifica per la GRC in strutture sanitarie</p>	<p>Effettuati corsi di formazione GRC ed M&M nei Servizi sanitari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CdR: n. 4 corsi con 88 ore formazione - USV n. 4 corsi con 113 ore formazione - SRP1 /SRP3.1 n. 4 corsi con 78 ore formazione - SRP2 n. 4 corsi con 124 ore formazione - Olmarello n. 4 corsi con 97 ore di formazione <p>Effettuati corsi di formazione GRC specifici in tutti i servizi socio sanitari attraverso formazione FAD per la prevenzione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - infezioni MDR 50 ore - atti di violenza 75 ore - cadute 43 ore - dolore 64 ore - fine vita 90 ore - igiene delle mani 46 ore - contenzione 47 ore <p>Svolti corsi di formazione per tutti gli operatori della Fondazione (n. 23 eventi, n. 166 operatori , n. 915 ore svolte) per l'implementazione del sistema GRC</p> <p>Sensibilizzazione delle Responsabili di U.O. e degli infermieri coordinatori al tema della GRC</p>	<p>Verificare il livello di performance raggiunto in ogni U.O.</p> <p>Continuare la registrazione</p> <p>Implementare la rilevazione quantitativa in modo sistemico (richiesta specifica funzione a CBA)</p> <p>Continuare la formazione specifica in materia di GRC ed M&M nelle strutture sanitarie</p> <p>Continuare la formazione specifica in tema di GRC nelle strutture socio sanitarie</p>
---	---	--	--

2.5 Consolidamento della cultura della prevenzione del rischio infettivo per la prevenzione covid-19	Assenza e/o gestione in sicurezza della infezioni da Covid-19 all'interno della Fondazione	Formazione svolta nell'anno 2021 per tutti gli operatori della Fondazione pari ad ore 15.110	Continuare la formazione e l'implementazione delle misure di sicurezza in ottemperanza alla normativa vigente ed in costante aggiornamento
3 - Processi di accreditamento sanitario e socio-sanitario			
3.1 Mantenimento ed implementazione dei requisiti di accreditamento sanitario	Mantenere l'accreditamento sanitario	Invio dei documenti con i requisiti di accreditamento Partecipazione ad incontri di formazione ed approfondimento Regionali	Continuare il processo di implementazione dei requisiti di accreditamento Rinnovo della dichiarazione del possesso dei requisiti di autorizzazione sanitaria per USV Cecina Continuare la formazione e l'aggiornamento della materia
3.2. Approfondimento delle fasi di predisposizione del nuovo accreditamento socio sanitario	Mantenere l'accreditamento delle strutture	Condivisione con le Responsabili di U.O. del nuovo percorso che la Regione Toscana sta attivando per l'accreditamento con i nuovi requisiti generali e specifici	Continuare l'approfondimento ed il miglioramento dei processi volti al riconoscimento del possesso dei requisiti di qualità
4 - Indagini di soddisfazione degli assistiti, familiari ed operatori			
4.1 Rilevazione della soddisfazione di assistiti e familiari ed indagine di clima interno per le strutture sanitarie	Miglioramento della soddisfazione di assistiti, familiari, operatori e utenti	Rielaborazione di 4 questionari e stesura dei report comprensivi di grafici	Continuare con la rilevazione della soddisfazione di assistiti, familiari, operatori ed utenti
4.2 Rilevazione della soddisfazione di assistiti e familiari e l'indagine del clima interno per le strutture socio sanitarie non interessate dalle indagini MeS	Miglioramento della soddisfazione di assistiti, familiari, operatori e utenti	Restituzione dei risultati delle indagini effettuate a tutta la Fondazione	Continuare con la rilevazione della soddisfazione di assistiti, familiari, operatori ed utenti

4.3 Rilevazione della soddisfazione degli utenti e clima interno per il Centro di Riabilitazione di Collesalvetti	Miglioramento della soddisfazione di assistiti, familiari, operatori e utenti	Restituzione dei risultati delle indagini effettuate a tutta la Fondazione	Continuare con la rilevazione della soddisfazione di assistiti, familiari, operatori ed utenti
5 - Sistema di valutazione delle performance delle RSA			
5.1 Valutazioni delle performance delle RSA della Regione Toscana per le 5 RSA della Fondazione	Risultati della mappatura più che buoni rispetto alla media della Regione Toscana	Restituzione da parte del MeS di grafici e bersagli con i risultati ottenuti dalle nostre RSA. Socializzazione dei risultati per la Fondazione. Approfondimento ed analisi dei risultati all'interno delle singole U.O. interessate dalle indagini	Miglioramento continuo della qualità delle prestazioni. Individuazione delle azioni di miglioramento per l'anno 2022
5.2 Valutazione della soddisfazione di assistiti, familiari e operatori da parte del laboratorio Management e Sanità dell'istituto Sant'Anna per tutte le RSA	Miglioramento della soddisfazione di assistiti, familiari, operatori e utenti rispetto alla media della Regione Toscana	Restituzione da parte del MeS di grafici e bersagli con i risultati ottenuti dalle nostre RSA. Socializzazione dei risultati per la Fondazione. Approfondimento ed analisi dei risultati all'interno delle singole U.O. interessate dalle indagini	Miglioramento continuo della soddisfazione di assistiti, familiari e operatori.
6 - Sistema di audit e reporting			
6.1 Audit Progetti Qualità: momenti di condivisione delle tappe fondamentali dei progetti qualità tramite riunioni nelle strutture con gli operatori interessati	Miglioramento della qualità delle cure erogate	Svolti n. 48 audit dei Progetti Qualità Svolti n. 16 audit per le strutture sanitarie e n. 32 audit per le strutture socio sanitarie	Continuare l'effettuazione di almeno 2 audit annuali per ogni PQ in atto nell'anno

6.2 Audit Gestione Rischio Clinico: riunioni in occasione di eventi avversi	Miglioramento della qualità delle cure erogate	Incontri in caso di eventi avversi	Continuare gli audit nelle U.O. sanitarie e socio sanitarie per tutti gli eventi avversi
6.3 Audit Cartella Informatizzata: incontri di analisi dell'andamento della compilazione della cartella informatizzata	Ottimizzazione dell'utilizzo della cartella informatizzata	Svolti n. 2 audit di Fondazione sull'analisi di n. 18 criteri di qualità nella compilazione della cartella informatizzata	Continuare a svolgere almeno 2 audit annuali per la qualità della compilazione della cartella informatizzata
6.4 Restituzione dei dati di processo ed esito alle Unità Operative della Fondazione	Attività di reporting	Condivisione dei risultati delle customer satisfaction con tutte le Responsabili U.O. delle RSA	Continuare ed implementare l'attività di reporting

10. L'ANALISI DELLE PERFORMANCE

Nel Piano Qualità e Sicurezza un approfondimento specifico è dovuto alla partecipazione della Fondazione con le sue cinque Residenze Sanitarie Assistenziali al Sistema di valutazione delle performance, progettato e realizzato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e dalla Regione Toscana, il cosiddetto "Bersaglio".

Si tratta di un sistema di valutazione "esterno" alla Fondazione che va ad aggiungersi al sistema di misurazione della "Qualità di vita" degli assistiti che risiedono nella Fondazione e che avviene attraverso la compilazione periodica di test/scale scientificamente validate e rappresentate graficamente. I Bersagli contengono le valutazioni del Laboratorio MeS sui principali indicatori di sintesi e la valutazione viene espressa con un punteggio che va da 0 (fascia rossa) a 5 (fascia verde scuro), in cui 0 rappresenta un punto di debolezza e 5 una performance ottimale.

Per l'anno 2020 il risultato del Sistema di Valutazione delle performance delle RSA di San Pietro in Palazzi, Cecina, Rosignano, Mezzana e Fivizzano mostra che la Fondazione ha tenuto ed in molti casi, migliorato la performance.

I bersagli evidenziano una performance positiva per tutte le strutture nel loro complesso, con la maggior parte degli indicatori concentrati nelle fasce centrali e alcuni indicatori in fascia rossa (1 per Rosignano, 3 per Cecina, 1 per San Pietro in Palazzi e 2 per Mezzana). I bersagli indicano 14 indicatori di sintesi ("pallini" sul bersaglio) che a loro volta, con una logica ad albero, si compongono di ulteriori indicatori analitici di dettaglio.

Rispetto ai 210 indicatori presenti sul sistema di valutazione si rileva che:

- nell' **85 %** dei casi i risultati sono **ottimi o buoni** rispetto al 50 % della R.T.;
- nel **4 % medi** rispetto al 43 % della R.T.;
- nel **8 % scarsi** rispetto al 7 % della R.T.;
- e nel **3 % pessimi** rispetto allo 0 % della R.T.

Per comprendere lo sforzo del miglioramento in atto, sono stati presentati i bersagli degli anni precedenti ed in tutte le Unità Operative coinvolte, il miglioramento è stato significativo.

11.SINISTRI E RECLAMI

Nell'anno 2021 non sono pervenute segnalazioni e reclami all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) per quanto riguarda l'assistenza erogata all'interno delle 8 Unità Operative della Fondazione che erogano 18 tipologie di servizi sanitari e socio sanitari diversi, come indicato nel capitolo 2 del presente Piano.

Per quanto riguarda la sicurezza delle cure, l'analisi documentale sugli eventi accorsi in Fondazione ha permesso di rilevare complessivamente nell'anno 2021:

- eventi evitati n. 4;
- eventi avversi. n. ...;
- eventi sentinella n.

Per quanto riguarda gli **eventi avversi**, questi sono così ripartiti:

- n. 7 per cadute pari al ...% degli assistiti transitati (media R.T. ...%);
- n. 2 ulcere da pressione pari al ...% degli assistiti transitati (media R.T. ...%);
- n. 1 errori di terapia;
- n. 2 traumi accidentali;
- n. ...aggressione nei confronti dell'operatore;
- n. ...focolai infettivi da Covid-19;
- n. 2 allontanamento assistito
- n. 2 focolai infettivi;
- n. 1 occlusione parziale vie aeree;
- n. 1 mancata comunicazione;
- n. 2 scorretto iter cartella informatizzata;
- n. ...autolesionismo.

La Fondazione ha in atto una posizione assicurativa sia nei confronti della responsabilità civile che patrimoniale.

Per la Responsabilità civile la casistica degli ultimi 5 anni è la seguente:

Anno	n. sinistri
2017	1
2018	2
2019	1
2020	1
2021	2

12. ATTIVITA' DA SVILUPPARE ANNO CORRENTE 2021

Dopo aver analizzato quanto realizzato negli ultimi due anni in tema di Qualità e Sicurezza delle cure ed individuate le rispettive azioni di miglioramento, si produce di seguito la pianificazione delle attività previste per l'anno 2021.

AZIONI	RISULTATI ATTESI	RENDICONTAZIONE	TEMPI
1. Qualità di vita degli assistiti			
1.1 Realizzazione dei Progetti Qualità elaborati nelle singole Unità Operative	Risposta agli indicatori specifici dei Progetti	Relazione Finale	Anno
1.2 Completamento informatizzazione di tutti i test/scale in uso nelle U.O. della Fondazione.	Grafici dell'andamento della qualità di vita degli assistiti in CBA	Audit cartella informatizzata	1° semestre
1.3 Progettazione per l'informatizzazione della cartella sanitaria per il Centro di Riabilitazione CdR	Presenza di un progetto per l'informatizzazione della cartella del CdR	Scelta del software appropriato	Anno
1.4 Formazione sul lavoro di equipe	Miglioramento del lavoro di equipe	Maggior coinvolgimento dell'equipe	1° semestre
1.5 Revisione delle Job Description	Job description presenti per tutte le categorie professionali operanti all'interno della Fondazione	Diffusione dei documenti ottenuti	Anno
1.6 Revisione di Protocolli e Procedure	Miglioramento della qualità delle prestazioni erogate	Diffusione dei documenti ottenuti	Anno

2. Cultura della sicurezza delle cure			
2.1 Miglioramento della gestione della documentazione informatizzata relativa al rischio per la sicurezza delle cure (analisi e pianificazione)	Implementazione dei dati relativi al rischio clinico nella cartella informatizzata	Audit cartella informatizzata	Anno
2.2 Implementazione della rilevazione e della registrazione degli eventi evitati, avversi e sentinella	Utilizzo ottimale della cartella informatizzata	Audit cartella informatizzata	Anno
2.3 Verifica del livello di performance raggiunto in ogni U.O. sulla base di PAP/PTR	Possibilità di verifica cumulata dei dati relativi agli assistiti e del loro andamento	Audit cartella informatizzata	Anno
		Compilazione delle schede di audit	Anno

2.4 Aggiornamento specifico in materia di GRC ed M&M nelle strutture sanitarie e socio sanitarie	Migliorare la cultura della sicurezza delle cure	Incontri di formazione	Anno
2.5 Implementazione della cultura della sicurezza delle cure in modo coordinato con i facilitatori.	Aumento della cultura della sicurezza	Incontri formativi	Anno
2.6 Formazione ed implementazione delle misure di sicurezza in ottemperanza della normativa vigente in costante aggiornamento in materia di Covid-19	Consolidamento della cultura della prevenzione del rischio infettivo per la prevenzione covid-19		
3. Processi di accreditamento sanitario e socio sanitario			
3.1 Completamento del processo di implementazione dei requisiti di accreditamento	Mantenere l'accREDITamento sanitario	Partecipazione ad incontri di formazione ed approfondimento Regionali	Anno
		Condivisione in equipe dei processi in atto	Anno
3.2 Rinnovo della dichiarazione del possesso dei requisiti di autorizzazione sanitaria per USV di Cecina - CdR Collesalveti – SRP1/SRP3.1 Fivizzano con la condivisione in equipe del percorso	Mantenere l'autorizzazione al funzionamento per le strutture sanitarie	Incontri di condivisione in equipe	Marzo e Settembre
3.3 Formazione continua sui processi di autorizzazione ed accreditamento	Conoscere i processi di autorizzazione ed accreditamento	Partecipazione ad incontri di formazione ed approfondimento Regionali	Anno
3.4 Approfondimento e miglioramento dei processi volti al riconoscimento del possesso dei requisiti di qualità	Mantenere l'accREDITamento delle strutture socio sanitarie	Incontri di condivisione con le Responsabili di U.O. e le equipe	Anno
3.5 Implementazione dei nuovi requisiti di accreditamento socio sanitario	Conoscere i nuovi processi di accreditamento socio sanitari	Incontri di condivisione con le Responsabili di U.O. e le equipe	Anno
4. Indagini di soddisfazione degli assistiti, familiari ed operatori			

4.1 Rilevazione della soddisfazione di assistiti, familiari, operatori ed utenti	Miglioramento della soddisfazione di assistiti, familiari, operatori e utenti rispetto alla media della Regione Toscana	Rielaborazione di 4 questionari e stesura dei report comprensivi di grafici	1° semestre per l'anno precedente
4.2 Restituzione dei risultati delle indagini ed individuazione delle relative azioni di miglioramento	Restituzione dei risultati delle indagini effettuate alle rispettive UU.OO.	Incontri di condivisione	Anno
5. Il sistema di valutazione delle performance delle RSA			
5.1 Miglioramento continuo della performance delle valutazioni delle RSA	Migliorare i risultati rispetto all'anno precedente	Restituzione da parte del MeS di grafici e bersagli con i risultati ottenuti dalle nostre RSA.	Anno
5.2 Individuazione delle azioni di miglioramento in base al risultato dei bersagli	Migliorare i risultati rispetto all'anno precedente	Approfondimento ed analisi dei risultati all'interno delle singole U.O. interessate dalle indagini	Anno
6. Sistema di audit e reporting			

6.1 Organizzazione di almeno 2 audit annuali per ogni PQ in atto nell'anno	Miglioramento della qualità	Incontri di condivisione	Anno
6.2 Implementazione degli audit nelle U.O. sanitarie e socio sanitarie per gli eventi avversi	Miglioramento della qualità delle cure erogate	Riunioni in occasione di eventi avversi	Anno
6.3 Effettuazione di almeno 2 audit annuali per la qualità della compilazione della cartella informatizzata	Due incontri annuali di audit collegiale	Analisi dei processi relativi alla qualità della cartella informatizzata	Anno
6.4 Costruzione in modo partecipato delle job description per le figure adibite all'assistenza	Disponibilità delle Job description	Schede	Anno
6.5 Socializzazione dei report della qualità con la direzione allargata e le singole Unità Operative	Incontri collegiale e di singola unità operativa di reporting	Diffusione delle conoscenze	Anno

13.APPLICAZIONE STRUMENTI REGIONALI GRC: RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E PRATICHE PER LA SICUREZZA

Il sistema “Gestione Rischio Clinico” della Regione Toscana in questi ultimi anni ha messo a disposizione numerosi strumenti per la sicurezza delle cure. Nello specifico si tratta di:

- Raccomandazioni Ministeriali: documentazione scientifica con l’obiettivo di offrire strumenti di conoscenza per prevenire gli eventi avversi, promuovere l’assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema.

- Pratiche per la Sicurezza: *“qualsiasi progetto o intervento che si sia mostrato in grado di prevenire o alleviare i danni derivanti al paziente dall’assistenza sanitaria”* (definizione dell’OMS).

Tali strumenti, in costante evoluzione ed implementazione, sono punti di riferimento per le strutture sanitarie e socio sanitarie che, in funzione della loro natura, individuano nella specificità i documenti di interesse elaborando i propri protocolli/procedure da applicare.

Per la Fondazione, in relazione alle caratteristiche dei diversi servizi di natura “sanitaria” o “socio-sanitaria”, sono state prese in considerazione le Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza e le Pratiche per la Sicurezza come dalle tabelle sottostanti.

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI					
STRUTTURE SANITARIE					
Tipologia Raccomandazione	USV	SRP1	SRP2	SRP3	Cd R
R.1: Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	X	-	-	-	-
R.2: Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico	-	-	-	-	-
R.3: Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	-	-	-	-	-
R.4: Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	-	X	X	X	-
R.5: Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	X	-	-	-	-
R.6: Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	-	-	-	-	-

R.7: Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	X	X	X	X	-
R.8: Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	X	X	X	X	X
R.9: Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	X	X	-	X	X
R.10: Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	-	-	-	-	-
R.11: Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	X	X	X	X	X
R.12: Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	X	X	X	X	-
R.13: Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	X	X	X	X	X
R.14: Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	-	-	-	-	-
R.15: Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	-	-	-	-	-
R.16: Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	-	-	-	-	-
R.17: Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	X	X	X	X	-
R.18: Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	X	X	X	X	-
R.19: Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	X	X	X	X	-

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI						
STRUTTURE SOCIO SANITARIE						
Tipologia Raccomandazione	RSA SPP	RSACD CECINA	RSA-CD ROSIG.	RSA MEZ.	RSA FIV.	RSD-CD COLLE
R.1: Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	-	-	-	-	-	-
R. 2: Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	-	-	-	-	-	-
R. 3: Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	-	-	-	-	-	-
R. 4: Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	-	-	-	-	X	-
R. 5: Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	-	-	-	-	-	-
R.6: Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	-	-	-	-	-	-
R. 7: Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	X	X	X	X	X	X
R.8: Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	X	X	X	X	X	X
R.9: Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	-	-	-	-	-	-
R. 10: Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	-	-	-	-	-	-
R.11: Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	X	X	X	X	X	X
R.12: Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	X	X	X	X	X	X
R.13: Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	X	X	X	X	X	X
R.14: Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	-	-	-	-	-	-

R.15: Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	-	-	-	-	-	-
R.16: Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	-	-	-	-	-	-
R.17: Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	X	X	X	X	X	X
R.18: Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	X	X	X	X	X	X
R.19: Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	-	-	-	-	-	-

PRATICHE PER LA SICUREZZA					
STRUTTURE SANITARIE					
Tipologia	USV	SRP1	SRP2	SRP3	CdR
Promozione della relazione fra residenti e familiari e/o caregiver con la costruzione di stanza degli abbracci e/o modalità di contatto periodiche con i familiari	X	X	X	X	-
Identificazione e gestione della sepsi e dello shock settico	X	-	-	-	-
Etichettatura di sicurezza per la somministrazione dei farmaci: siringhe, pompe-siringhe, flebo	-	-	-	-	-
PEWS - Riconoscimento precoce del deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti pediatrici (escluso periodo perinatale)	-	-	-	-	-
Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori di terapia	X	X	X	X	-
Scheda Terapeutica Unica per il SERT	-	-	-	-	-
Prevenzione e il monitoraggio delle cadute dei pazienti pediatrici	-	-	-	-	X
Missione di soccorso in Emergenza Territoriale	-	-	-	-	-
Missione di soccorso in Emergenza Territoriale	-	-	-	-	-
Gestione farmaci in emergenza territoriale	-	X		X	X
Prevenzione, identificazione e gestione del Delirium	-	-	-	-	-
Misura e gestione del dolore	X	X	X	X	X

Adesione alla rete di sorveglianza microbiologica	X	X	X	X	-
Gestione dei chemioterapici antitumorali (CTA)	-	-	-	-	-
Utilizzo cateteri venosi centrali	X	X	X	X	-
Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	X	X	X	X	-
Le mani pulite	X	X	X	X	X
Uso corretto degli antibiotici	X	X	X	X	-
Reporting and learning system (RLS)	X	X	X	X	X
Introduzione di un braccialetto identificativo	X	X	X	X	-
Prevenzione e gestione emorragia post-partum	-	-	-	-	-
Prevenzione e gestione della distocia di spalla	-	-	-	-	-
Farmamemo	-	-	-	-	-
Prevenzione delle cadute dei pazienti nei contesti sanitari	X	X	X	X	X
Gestione della relazione e della comunicazione interna, con il paziente e con familiari per gli eventi avversi	X	X	X	X	X
Checklist di sala operatoria	-	-	-	-	-
HANDOVER - Passaggio di consegne fra equipe medico assistenziali all'interno di un percorso clinico	X	X	X	X	X
Prevenzione polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP)	X	X	X	X	-
Prevenzione errori incompatibilità ABO	X	X	X	X	-
Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso	X	X	X	X	-
Checklist di sala operatoria Procreazione Medicalmente Assistita	-	-	-	-	-
Checklist per la sicurezza della nascita	-	-	-	-	-
Prevenzione del rischio nutrizionale	X	X	X	X	-
"A Mani Nude"	X	X	X	X	X
Prevenzione errori dovuti a interruzioni di terapia	X	X	X	X	-

PRATICHE PER LA SICUREZZA

STRUTTURE SOCIO SANITARIE						
Tipologia	RSA SPP	RSA-CD CECINA	RSACD ROSIG.	RSA MEZ.	RSA FIV.	RSD-CD COLLE
Promozione della relazione fra residenti e familiari e/o caregiver con la costruzione di stanza degli abbracci e/o modalità di contatto periodiche con i familiari	X	X	X	X	X	X
Identificazione e gestione della sepsi e dello shock settico	-	-	-	-	-	-
Etichettatura di sicurezza per la somministrazione dei farmaci: siringhe, pompe-siringhe, flebo	-	-	-	-	-	-
PEWS - Riconoscimento precoce del deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti pediatrici (escluso periodo perinatale)	-	-	-	-	-	-
Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori di terapia	X	X	X	X	X	X
Scheda Terapeutica Unica per il SERT	-	-	-	-	-	-
Prevenzione e il monitoraggio delle cadute dei pazienti pediatrici	-	-	-	-	-	-
Missione di soccorso in Emergenza Territoriale	-	-	-	-	-	-
Missione di soccorso in Emergenza Territoriale	-	-	-	-	-	-
Gestione farmaci in emergenza territoriale	-	-	-	-	-	-
Prevenzione, identificazione e gestione del Delirium	-	-	-	-	-	-
Misura e gestione del dolore	X	X	X	X	X	X
Adesione alla rete di sorveglianza microbiologica	X	X	X	X	X	X
Gestione dei chemioterapici antitumorali (CTA)	-	-	-	-	-	-
Utilizzo cateteri venosi centrali	X	-	X	X	X	X
Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione	X	X	X	X	X	X
Le mani pulite	X	X	X	X	X	X
Uso corretto degli antibiotici	-	-	-	-	-	-
Reporting and learning system (RLS)	X	X	X	X	X	X
Introduzione di un braccialetto identificativo (foto)	X	X	X	X	X	X
Prevenzione e gestione emorragia post-partum	-	-	-	-	-	-

Prevenzione e gestione della distocia di spalla	-	-	-	-	-	-
Farmamemo	-	-	-	-	-	-
Prevenzione delle cadute dei pazienti nei contesti sanitari	X	X	X	X	X	X
Gestione della relazione e della comunicazione interna, con il paziente e con familiari per gli eventi avversi	X	X	X	X	X	X
Checklist di sala operatoria	-	-	-	-	-	-
HANDOVER - Passaggio di consegne fra equipe medico assistenziali all'interno di un percorso clinico	-	-	-	-	-	-
Prevenzione polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP)	-	-	-	-	-	-
Prevenzione errori incompatibilità ABO	-	-	-	-	-	-
Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso	-	-	-	-	-	-
Checklist di sala operatoria Procreazione Medicalmente Assistita	-	-	-	-	-	-
Checklist per la sicurezza della nascita	-	-	-	-	-	-
Prevenzione del rischio nutrizionale	X	X	X	X	X	X
"A Mani Nude"	X	X	X	X	X	X
Prevenzione errori dovuti a interruzioni di terapia	-	-	-	-	-	-

14. PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' SPECIFICHE PER LA SICUREZZA DELL'ASSISTITO

Considerata la principale casistica riportata in letteratura sugli eventi avversi più ricorrenti all'interno delle strutture socio sanitarie, al fine di garantire la sicurezza delle cure, sono in atto all'interno delle strutture sanitarie e socio sanitarie della Fondazione protocolli, procedure e modalità operative che applicano le pratiche per la sicurezza a scopo preventivo come da tabella allegata. E' questo un ambito in costante aggiornamento e miglioramento per la qualità dell'assistenza.

TIPOLOGIA DI RISCHIO	MODALITÀ DI PREVENZIONE	MODALITÀ DI GESTIONE
Identificazione dell'assistito	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla identificazione dell'assistito - Protocollo specifico sulla identificazione dell'assistito attraverso la foto sulla documentazione informatizzata - Pianificazione e attuazione di interventi personalizzati per ridurre il rischio di errore di persona - Valutazione periodica della cartella informatizzata 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi
Cadute	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione del rischio di caduta. - Protocollo specifico sulla prevenzione del rischio caduta - Valutazione del rischio di caduta personalizzato all'ingresso e periodico attraverso la somministrazione di scale e test validati (Tinetti). - Pianificazione e attuazione di interventi personalizzati per ridurre il rischio di caduta per le persone a rischio. - Formazione e aggiornamento su strategie e ausili per la prevenzione delle cadute. - Valutazione periodica dell'ambiente per individuare i fattori rischio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi
Ulcere da pressione	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione del rischio di sviluppare UdP. - Protocollo specifico sulla prevenzione delle UdP - Valutazione del rischio di UdP personalizzato all'ingresso e periodico attraverso la somministrazione di scale e test validati (Braden). 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi

	<ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione e attuazione di interventi personalizzati per ridurre il rischio di UdP per le persone a rischio. - Formazione e aggiornamento su strategie e ausili per la prevenzione delle UdP. 	
Dolore	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione del dolore. - Protocollo specifico sulla prevenzione del dolore. - Valutazione del dolore personalizzato all'ingresso e periodico attraverso la somministrazione di scale e test validati (VAS, PAINAD...). - Pianificazione e attuazione di interventi personalizzati per ridurre il dolore per le persone a rischio. - Formazione e aggiornamento su strategie e ausili per la prevenzione del rischio di sviluppare dolore. 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi
Infezioni	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione delle infezioni. - Protocollo specifico sulla prevenzione delle infezioni. - Protocollo specifico sul corretto lavaggio delle mani. - Pianificazione e attuazione di interventi personalizzati per ridurre il rischio di infezioni per le persone a rischio. - Formazione e aggiornamento su strategie e ausili per la prevenzione del rischio di infezioni. 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi
Malnutrizione	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione della malnutrizione. - Protocollo specifico sulla prevenzione della malnutrizione. - Valutazione del rischio di malnutrizione personalizzato all'ingresso e periodico attraverso la somministrazione di scale e test validati (Mini Nutritional Assessment). - Pianificazione e attuazione di interventi personalizzati per ridurre il rischio di malnutrizione per le persone a rischio. - Formazione e aggiornamento su strategie e ausili per la prevenzione del rischio di malnutrizione. 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi
Atti di violenza a danno degli assistiti ed operatori	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione degli atti di violenza da parte delle persone assistite. - Protocollo specifico sulla prevenzione degli atti di violenza. - Valutazione del rischio di atti di violenza personalizzato attraverso l'osservazione e il colloquio con le persone assistite. - Pianificazione e attuazione di interventi personalizzati per ridurre il rischio di violenze da parte degli assistiti a rischio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi

	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione e aggiornamento su strategie e ausili per la prevenzione del rischio di atti di violenza. 	
Allontanament o imprevisto assistiti	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione del rischio di allontanamento imprevisto degli assistiti. - Protocollo specifico sulla prevenzione del rischio di allontanamento imprevisto degli assistiti. - Valutazione del rischio all'ingresso e periodico attraverso la somministrazione di scale e test validati relativi alla compromissione cognitiva delle persone assistite (Mini Mental State Examination) - Pianificazione e attuazione di interventi personalizzati per ridurre il rischio di allontanamento imprevisto degli assistiti a rischio. - Formazione e aggiornamento su strategie e ausili per la prevenzione del rischio di allontanamento imprevisto degli assistiti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi
Prevenzione del rischio suicidario	<p>(Solo per le Unità Operative di Fivizzano ed Olmarello)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione del rischio suicidario - Protocollo specifico sulla prevenzione del rischio suicidario - Formazione e aggiornamento sulle strategie per la prevenzione del rischio suicidario 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi
Farmaci LASA	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione del rischio di errori in terapia dovuti all'uso di farmaci LASA. - Protocollo specifico sulla prevenzione del rischio di errori in terapia dovuti all'uso di farmaci LASA. - Affissione negli ambulatori infermieristici dell'elenco farmaci LASA diffuso dal Ministero della Salute. - Formazione e aggiornamento sulla prevenzione del rischio di errori in terapia dovuti all'uso di farmaci LASA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi
Errori in terapia	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione del rischio di errori nella gestione della Scheda Unica della Terapia (STU) e nella somministrazione della terapia. - Protocollo specifico sulla prevenzione del rischio di errori nella gestione della STU e nella somministrazione della terapia. - Formazione e aggiornamento sulla prevenzione del rischio di errori nella gestione della STU e nella somministrazione della terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi

Errori nel passaggio di consegne	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione del rischio di errori nel passaggio delle consegne. - Protocollo specifico sulla prevenzione del rischio di errori nel passaggio delle consegne. - Formazione e aggiornamento sulla prevenzione del rischio di errori nel passaggio delle consegne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi
Emergenze cliniche, tecnologiche e gestionali	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sulla prevenzione delle emergenze cliniche, tecnologiche e gestionali. - Protocollo specifico sulla prevenzione delle emergenze cliniche, tecnologiche e gestionali. - Formazione e aggiornamento su strategie e ausili per la prevenzione delle emergenze cliniche, tecnologiche e gestionali. 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi
Trasporti interni ed esterni	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione buone pratiche sul trasporto interno ed esterno - Protocollo specifico sulla prevenzione degli incidenti nel trasporto interno ed esterno 	<ul style="list-style-type: none"> - Applicazione del protocollo specifico - Audit per eventi evitati o eventi avversi -

15. ORGANIGRAMMA QUALITÀ E SICUREZZA

Per l'attuazione del sistema Qualità e Sicurezza è previsto un assetto organizzativo che individui gli attori principali ed i relativi ruoli all'interno del sistema stesso.

Nel Regolamento Amministrativo della Fondazione approvato dal Consiglio di Amministrazione con Deliberazione n.177 del 26/10/2020 viene identificata l'Area Qualità e Sviluppo (art. 16), che assicura il raggiungimento degli obiettivi in termini del miglioramento continuo della qualità, dei processi di autorizzazione ed accreditamento, della formazione e della sicurezza delle cure.

Lo stesso Regolamento, all'art. 15, esplicita tra le funzioni delle Unità Operative, quelle di promuovere il coinvolgimento di tutto il personale per il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, garantire ed assicurare le attività formative nei confronti del personale e l'applicazione delle procedure relative ai sistemi di autorizzazione ed accreditamento.

In particolare, per quanto riguarda la sicurezza delle cure:

- Il **Consiglio di Amministrazione** rappresenta il commitment aziendale con funzioni di indirizzo;
- il **Clinical Risk Manager** ha la funzione di elaborazione e gestione del piano per la gestione del rischio clinico e del coordinamento delle attività relative a quanto in esso previsto;
- i **Facilitatori**, in diretta collaborazione con il Clinical Risk Manager, svolgono la funzione di raccolta delle segnalazioni di eventi avversi, organizzazione dei momenti di analisi mediante audit nell'ambito della gestione del rischio clinico e/o rassegna di mortalità e morbilità (nelle azioni nel Piano 2021 è prevista l'individuazione dei Facilitatori per il socio sanitario);
- l'**utente interno** costituito da ogni operatore contribuisce alla messa in atto degli interventi di sicurezza delle cure partecipando alla formazione aziendale specifica in materia e alle attività pianificate dal clinical risk manager e dai facilitatori in materia di rischio clinico al fine di migliorare la sicurezza delle persone assistite.



16. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il Piano Qualità e Sicurezza è uno strumento messo a disposizione degli operatori, delle persone assistite, dei loro familiari e di chiunque abbia interesse a conoscerne i contenuti, al fine di illustrare le modalità operative in atto, le caratteristiche di qualità e gli standard di sicurezza del servizio offerto.

È infatti attraverso la trasparenza e l'informazione che si rende possibile la partecipazione dell'assistito e/o del suo familiare e, di conseguenza, si permette alla Fondazione ogni possibile intervento per rimuovere disservizi e migliorare la qualità della vita e la sicurezza delle cure erogate.

Il Piano Qualità e Sicurezza viene:

- approvato dal Consiglio di Amministrazione ad inizio anno solare;
- presentato alla Direzione allargata della Fondazione, unitamente al reporting dell'anno precedente attraverso slide che costituiscono parte integrante del Piano;
- diffuso alle Responsabili di Unità Operativa e ai Direttori Sanitari;
- presentato e condiviso con il personale delle singole Unità Operative.

I principali metodi per realizzare quanto previsto nel Piano sono fondamentalmente due:

- **coinvolgimento** di tutti gli operatori al miglioramento continuo della qualità del servizio erogato anche nell'ottica della maggiore sicurezza dell'assistito che accede al servizio. A tal fine, il sistema di miglioramento continuo della qualità in atto da anni nella Fondazione, prevede la partecipazione diretta di tutti i gli operatori nella elaborazione degli strumenti, quali progetti qualità, procedure e protocolli, volti a migliorare il livello organizzativo e assistenziale specifico per il lavoro degli operatori;
- **partecipazione** attiva di tutti gli operatori attraverso la presenza alle riunioni periodiche organizzate all'interno dei servizi sanitari e socio sanitari e, per i Responsabili di U.O./Servizio e i Referenti di servizio, la partecipazione alle riunioni della Direzione Generale della Fondazione.

Una sintesi del Piano viene anche inserita sul sito web della Fondazione.

17.MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione degli obiettivi e delle attività del Piano Qualità e Sicurezza fa capo a diverse figure a secondo della natura del Servizio a cui si riferisce (sanitaria o socio sanitaria) e della sua sede di implementazione.

Le responsabilità sono costantemente condivise dal Direttore dell'Area Qualità e Sviluppo nonché Clinical Risk Manager per quanto riguarda la parte della programmazione più propriamente strategica, i Direttori Sanitari e/o Responsabili di Unità Operativa per l'attuazione di quanto definito nel Piano, i Facilitatori per quanto riguarda la collaborazione all'attuazione di quanto indicato dal Piano e dal Clinical Risk Manager.

Tutti gli operatori di ogni ordine e grado presenti nelle Unità Operative e nuclei dei diversi Servizi della Fondazione sono coloro che attuano le attività pianificate.

Il Piano Qualità e Sicurezza si articola più compiutamente nelle seguenti responsabilità:

AZIONE	DIRETTORE AREA QUALITA' E SICUREZZA/CRM	LEGALE RAPPRESENTANTE	DIRETTORE SANITARIO/ RESPONSABILE U.O.	FACILITATORE
Redazione	R	C	C	I
Adozione	I	C	R	C
Monitoraggio	R	I	I	C

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Informato

18. GLOSSARIO

Accreditamento. L'accreditamento istituzionale è il processo con il quale la Regione riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, la possibilità di erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Servizio sanitario regionale in quanto verificate nel possesso dei requisiti di qualità previsti dalla normativa vigente.

Analisi di processo. Descrizione e valutazione sistematica della sequenza di attività di un processo, nella loro successione logico-temporale, identificando eventuali scostamenti rispetto al modello di riferimento.

Analisi proattiva. Approccio preventivo al sistema per evitare che si verifichino eventi avversi, attraverso l'applicazione di metodi e strumenti per identificarne ed eliminarne le criticità.

Analisi reattiva. Studio a posteriori degli eventi avversi o near miss, mirato ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi.

Approccio sistemico. L'approccio alla gestione del rischio prevede una visione sistemica che prende in considerazione tutte le componenti dell'organizzazione sanitaria. Parte dal presupposto che l'organizzazione sanitaria è un sistema complesso e adattativo in cui interagiscono un insieme di elementi interdipendenti (persone, processi, attrezzature) per raggiungere un obiettivo comune.

Appropriatezza. L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

Audit clinico. Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari o socio sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte. L'audit è un confronto interno per la crescita e lo sviluppo aziendale.

Causa. Fattore antecedente necessario e sufficiente per il determinarsi di un evento, effetto, risultato od esito.

Competenza. È la "messa in atto" di comportamenti che consentono di eseguire con sicurezza ed efficacia le specifiche attività professionali, ottenendo esiti compatibili con best practice o standard di qualità definiti.

Cultura della Responsabilità. E' fondata su una distinzione chiara e condivisa fra ciò che può essere considerato un comportamento accettabile e non accettabile. Richiede che le organizzazioni creino un clima di fiducia in cui le persone si sentano corresponsabili nel garantire la sicurezza dei pazienti e forniscono informazioni essenziali ad essa correlate.

Cultura della sicurezza. L'impegno per la sicurezza coinvolge tutti i livelli di un'organizzazione, dalla direzione al personale in prima linea e conoscenza dei rischi legate alle attività.

Danno. Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).

Errore. Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

Evento (Incident). Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

Evento avverso. Evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un errore avverso attribuito ad un errore è "un evento avverso prevenibile".

Evento evitato (near miss). Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento sentinella. Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

FMEA. Metodo di valutazione qualitativa, basato sull'analisi simultanea delle vulnerabilità (fattori di rischio) del sistema, delle relative conseguenze e dei fattori associati ad esse. La metodologia di identificazione e la valutazione dei rischi si attua in cinque fasi, condotta preferibilmente da un gruppo multidisciplinare ed è volta a valutare, in modo proattivo, un processo sanitario. Tra gli strumenti utilizzati per l'accertamento della vulnerabilità del sistema si citano il diagramma di flusso, la matrice di pesatura dei rischi e l'albero decisionale della FMEA.

FMECA. Confronto quantitativo dei risultati dell'analisi prodotto da un piano di azione per identificare, ridurre e prevenire l'impatto di potenziali fattori di rischio.

Gestione del rischio clinico (Clinical Risk Management). Processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.

Governo clinico. Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.

Linee guida basate sulle evidenze. Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare clinici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche.

Monitoraggio. Verifica dell'evoluzione di un fenomeno, attraverso misurazioni ripetute e/o continuative e l'utilizzo di indicatori.

Processo. Sequenza di attività interconnesse finalizzate alla realizzazione di un obiettivo definito.

Qualità dei servizi sanitari. Capacità di soddisfare, in uno specifico contesto, i bisogni di salute di una popolazione, secondo le evidenze scientifiche e le risorse disponibili.

Rischio (Risk). Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. Viene misurato come prodotto tra la probabilità che accada un evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche il fattore umano (K) come la capacità di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso.

Sicurezza del paziente (Patient safety). Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e di processi che minimizzano la probabilità di errore che possano arrecare danni ai pazienti.

Sistema. Complesso di fattori intercorrelati, umani e non, il cui scopo primario è quello di promuovere, recuperare o mantenere lo stato di salute.

Sistema di segnalazione degli incidenti (Incident reporting). È una modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure, effettuata volontariamente od obbligatoriamente dagli operatori.

Sorveglianza. Monitoraggio nel tempo di un fenomeno, che utilizza tutte le fonti informative disponibili, in particolare i flussi informativi correnti e i sistemi di rilevazione istituiti ad hoc.

Valutazione del rischio. Processo di identificazione dello spettro dei rischi, intrinseci ed estrinseci, insiti in un'attività sanitaria, di analisi e misura della probabilità di accadimento e del potenziale impatto in termini di danno al paziente, di determinazione del livello di capacità di controllo e gestione da parte dell'organizzazione, di valutazione delle opportunità, in termini di rischio/beneficio e costo/beneficio.

QUALITÀ E SICUREZZA

Concentrandoci su come fare la vera differenza, non dobbiamo ignorare i piccoli cambiamenti quotidiani che possiamo apportare a ciò che facciamo che, nel tempo, si sommeranno a quelli grossi che spesso non riusciamo ancora nemmeno a immaginare

Marian Wright Edelman



Direttore Socio Sanitario Dott.ssa Antonia Peroni

Tel. diretto 0586.617216

E mail: antonia.peroni@fondazionemaffi.it

Coordinatrice infermieristica Dott.ssa Valentina Cali

Tel. diretto 0586.617223

E mail: valentina.cali@fondazionemaffi.it

Amministrativa Rag. Rachele Corso

Tel. diretto 0586.617215

E mail: rachele.corso@fondazionemaffi.it

Estensore e Responsabile del Piano Qualità e Sicurezza

Dott.ssa Antonia Peroni _____