



## INDICE

<b>1 DISTRIBUZIONE.....</b>	<b>2</b>
<b>2 PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>3 GESTIONE DELLA QUALITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>4 QUALITÀ E SICUREZZA DEI PROCESSI CLINICO-ASSISTENZIALI.....</b>	<b>6</b>
<b>5 REQUISITI COMUNI A TUTTI I PROCESSI ISPRO.....</b>	<b>7</b>
<b>6 REQUISITI SPECIFICI DEI PROCESSI/SOTTOPROCESSI DI ISPRO.....</b>	<b>9</b>
<b>6.1 PROCESSO RIABILITAZIONE AMBULATORIALE.....</b>	<b>9</b>
<b>6.2 PROCESSO AMBULATORIALE OUTPATIENT : RADIODIAGNOSTICA.....</b>	<b>10</b>
SOTTOPROCESSO: SCREENING I E II LIVELLO.....	10
<b>6.3 PROCESSO AMBULATORIALE OUTPATIENT : RADIODIAGNOSTICA.....</b>	<b>11</b>
SOTTOPROCESSO: SENOLOGIA CLINICA.....	11
<b>6.4 PROCESSO AMBULATORIALE OUTPATIENT : SPECIALISTICA.....</b>	<b>12</b>
SOTTOPROCESSO: DERMATOLOGIA.....	12
<b>6.5 PROCESSO AMBULATORIALE OUTPATIENT : SPECIALISTICA.....</b>	<b>13</b>
SOTTOPROCESSO: GINECOLOGIA.....	13
<b>6.6 PROCESSO AMBULATORIALE OUTPATIENT: LABORATORIO.....</b>	<b>14</b>
<b>6.7 PROCESSO CHIRURGICO AMBULATORIALE.....</b>	<b>15</b>
SOTTOPROCESSO: CHIRURGIA DERMATOLOGICA.....	15
<b>6.8 PROCESSO CHIRURGICO AMBULATORIALE.....</b>	<b>16</b>
SOTTOPROCESSO: ENDOSCOPIA.....	16
<b>6.9 S.C EPIDEMIOLOGIA CLINICA E DI SUPPORTO AL GOVERNO CLINICO.....</b>	<b>17</b>
<b>6.10 S.C EPIDEMIOLOGIA DEI FATTORE DI RISCHIO E DEGLI STILI DI VITA.....</b>	<b>17</b>
<b>6.11 S.C CORE RESEARCH LABORATORY.....</b>	<b>17</b>
<b>7 ATTIVITÀ SVOLTE NEL 2021.....</b>	<b>18</b>

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
<b>REDAZIONE</b>	Camilla Soldo Paolo Nardini	Referente qualità e accreditamento Clinical risk manager	20/03/2022	
<b>VERIFICA</b>	Camilla Soldo	Referente Qualità e Acredитamento	29/03/2022	
<b>APPROVAZIONE</b>	Riccardo Poli	Direttore sanitario	29/03/2022	
<b>EMISSIONE</b>	Gianni Amunni	Direttore Generale	29/03/2022	



## 1 DISTRIBUZIONE

La presente procedura viene distribuita ai Responsabili delle seguenti Strutture o Centri di Responsabilità o Uffici che, a loro volta, provvedono a diffonderla al personale interessato afferente alla propria struttura tramite i mezzi e strumenti ritenuti maggiormente appropriati (mail, riunioni, ecc.).

	<b>STRUTTURE SEMPLICI COLLEGATE</b>	Si/No
Direzione Generale		sì
Direzione Sanitaria	Centro di Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On)	sì
	Igiene Organizzazione e Governo dei Servizi Sanitari	sì
	Area Infermieristica	sì
	Area Tecnico-sanitaria	sì
	Area Statistico-epidemiologica	sì
Direzione Amministrativa		sì
Dipartimento Amministrativo	Programmazione e Gestione Risorse Economiche	sì
<b>STRUTTURE COMPLESSE</b>		
Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	Diagnostica Molecolare Oncologica	sì
	Citologia Extravaginale	sì
Senologia Clinica		sì
Screening e Prevenzione Secondaria	Senologia di Screening	sì
	CRR Prevenzione Oncologica	sì
Epidemiologia Clinica e di supporto al Governo Clinico	Registri Tumori	sì
	Valutazione Screening	sì
Epidemiologia dei Fattori di Rischio e degli Stili di Vita	Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro	sì
	Epidemiologia Molecolare e degli Stili di Vita	
Core Research Laboratory		sì
Attività Tecnico-Amministrative	Attività Tecnico-Patrimoniali	sì
	Personale	sì



## 2 PREMESSA

Il seguente documento costituisce il Piano Aziendale per la Qualità e la Sicurezza 2021-2022 dell’ Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete oncologica (ISPRO), approvato dal Direttore Generale.

Nel Piano Qualità e Sicurezza sono riportate le linee strategiche e le azioni finalizzate a garantire il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza del paziente a tutti i livelli: gestionale – organizzativo, clinico e assistenziale.

Il Piano tiene conto di tutte le dimensioni della qualità e sicurezza: efficacia, tempestività, efficienza, equità e centralità del paziente, il cui miglioramento è obiettivo prioritario e generale di tutti i livelli dell’organizzazione. La metodologia con cui l’Istituto persegue il miglioramento continuo della qualità si basa sul “ciclo di Deming”, la cui attuazione prevede la realizzazione di un percorso ciclico di “pianificazione - attuazione – monitoraggio-verifica -correzione- miglioramento”.

Il piano qualità e sicurezza identifica le attività da svolgere per l’implementazione del sistema di qualità aziendale e della governance clinico-assistenziale e viene suddiviso in due aree:

- Gestione della Qualità dell’organizzazione
- Gestione della Qualità e sicurezza del processo clinico-assistenziale

Per la sua progettazione il Piano si avvale dei dati e delle informazioni, provenienti dalle diverse strutture aziendali, che hanno un impatto rilevante sulla qualità e la sicurezza dei paziente.

## 3 GESTIONE DELLA QUALITÀ DELL’ORGANIZZAZIONE

In questa sezione hanno un ruolo fondamentale i due strumenti della Normativa Nazionale e Regionale: Autorizzazione all’esercizio e Accreditamento Istituzionale.

Sulla base del [Dpgr 90/R del 16 settembre 2020](#),modifica del [regolamento di attuazione 79/R del 17 novembre 2016](#) della [legge regionale 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” sono stati definiti i primi due obiettivi del Piano:

- a) Autorizzazione all’esercizio: adeguamento requisiti alla nuova normativa



- b) Accreditamento Istituzionale: Attestazione requisiti Aziendali (allegato D) con attribuzione del peso al requisito.

<b>Obiettivo 1. Autorizzazione all'esercizio: adeguamento requisiti alla nuova normativa</b>						
Presentazione Liste autorizzative: A, B, B1.1 Medicina di laboratorio ,B1.2 Radiologia diagnostica e interventistica, B1.5 Attività di endoscopia , B1.7 Attività di chirurgia ambulatoriale, B2.1 Strutture ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale						
<b>Indicatore 1. Attestazione requisiti esercizio- presentazione con nuove planimetrie Entro 30/09/2021</b>						
Fonte: Area aziendale qualità e sicurezza delle cure						
<b>Matrice delle responsabilità</b>						
Azione	Direzione Generale	Direzione Sanitaria	Responsabili S.C e S.S	Clinical Risk manager	Referente qualità	S.C.tecnico amministrative
Adeguamento requisiti		C	R	R	R	R
Verifica		R				R
Approvazione	R					

<b>Obiettivo 2. Accreditamento Istituzionale : Attestazione requisiti Aziendali (allegato D) Entro 30/09/2021</b>						
Presentazione Allegato D (requisiti Aziendali )						
<b>Indicatore 1. Attestazione requisiti Aziendali (Allegato D) con relativa pesatura entro 30/09/2021</b>						
Fonte: Area aziendale qualità e sicurezza delle cure						
<b>Matrice delle responsabilità</b>						
Azione	Direzione Generale	Direzione Sanitaria	Responsabili S.C e S.S	Clinical Risk manager	Referente qualità	
Adeguamento requisiti		C	R	R	R	
Verifica		R				
Approvazione	R					

L'accreditamento è uno degli strumenti, che permette il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure fornendo alle organizzazioni una serie di requisiti che promuovono valore. In questa sezione del documento si riportano le attività /documenti da predisporre, utili ad indirizzare l'organizzazione ad un processo di miglioramento della qualità e della sicurezza ed alla realizzazione di una governance clinica. Per costruirla tutti i professionisti che operano presso ISPRO sono consapevoli del loro ruolo nel miglioramento della qualità, conoscono e si impegnano (ognuno per le proprie competenze) nel raggiungimento degli obiettivi riportati nel presente piano.



L'obiettivo 2, attestazione dei requisiti aziendali, prevede una serie di attività che possono essere suddivise in otto aree di intervento corrispondenti alle dimensioni dei Requisiti dell'Accreditamento istituzionale. Per ogni area di intervento sono state definite le azioni da intraprendere:

<b>1. Struttura organizzativa e gestione delle strategie aziendali</b>		
Razionale	Azioni	Figure Responsabili
Costruzione di un modello organizzativo di governance clinica	Declaratoria delle funzioni dei direttori di struttura con definizione di ruolo e interfaccia del governo clinico	Direzione sanitaria
	Descrizione della rete ques e del suo funzionamento. Descrizione della task force e del ruolo dei facilitatori ques (job description) con la quota orario da dedicare a questa attività	Staff Direzione sanitaria; S.S Personale
	Verbali degli uffici di Direzione con argomento valutazione delle attività, esiti, valutazione utenti ecc. (Riesame della Direzione)	Staff Direzione sanitaria

<b>2. Risorse umane</b>		
Razionale	Azioni	Figure Responsabili
L'organizzazione garantisce lo sviluppo di competenze coerenti con gli obiettivi aziendali di governance clinica	Predisporre schede di posizione per tutti coloro che hanno un incarico di direzione, coordinamento, posizione organizzativa o facilitatore con definizione delle competenze in termini di qualità e sicurezza	Staff Direzione Sanitaria
	Inserire nel Piano Formazione 2021-22 Formazione sul tema della governance clinica	Referente formazione ; Staff Direzione sanitaria
	Partecipazione alla rilevazione analisi clima interno	MES



**Piano qualità e sicurezza  
2021-2022**

**3 Gestione dei dati e della documentazione sanitaria**

Razionale	Azioni	Figure Responsabili
L'organizzazione ha predisposto un sistema per la gestione dei dati a supporto dei processi gestionali di governance clinica. Il miglioramento continuo è basato su una rapida disponibilità di informazioni e sulla valutazione della documentazione clinica .	Mappatura dei sistemi informatici che supportano la produzione sanitaria	S.C. Attività tecnico amministrative
	Disponibilità di un Piano di disaster recovery (DPIA documento valutazione dei rischi non esaustivo)	
	Verifica dell'attuazione delle indicazioni fornite nei report del gruppo tecnico di controllo schede ambulatoriale –	Gruppo tecnico controllo schede ambulatoriali
	Revisione doc IP 001 rev.0 25/06/2020 Gestione e controllo archiviazione della documentazione sanitaria"	
	In relazione ai report del gruppo tecnico sulla revisione delle sk amb. prevedere iniziative di formazione per una migliore compilazione delle schede stesse	

**5. Qualità e sicurezza delle cure**

Razionale	Azioni	Figure Responsabili
L'organizzazione prevede un sistema integrato per la qualità e la sicurezza delle cure	Formazione facilitatori rete qualità e sicurezza (facilitatori rischio clinico in corso)	Clinical Risk Manager
	Piano qualità e sicurezza 2021-2022 corredato da una relazione sui risultati raggiunti	Staff Direzione sanitaria ; Clinical Risk Manager; Referente qualità e accreditamento
	Revisione e snellimento sistema documentale aziendale (protocolli. Procedure, istruzioni operative). Revisione del doc. AP000 Gestione della documentazione del sistema qualità aziendale rev.3 13/03/2018	Referente qualità e accreditamento; S.C e S.S. interessate
	Repository documentale con accesso anche ai collaboratori	S.S. Personale; S.C. Attività tecnico amministrative



**Piano qualità e sicurezza  
2021-2022**

7. Gestione processi di supporto e logistica

<b>Razionale</b>	<b>Attività</b>	<b>Figure resp.</b>
La disponibilità di sistemi di valutazione dei fornitori di servizi esternalizzati permettono di influenzare positivamente la qualità dei processi clinico assistenziali	<b>Fornitori esterni</b>  Predisporre per le persone incaricate delle schede di posizione con identificazione delle responsabilità di controllo e monitoraggio dei servizi esternalizzati o conferimento incarico documentato	S.C. Attività tecnico amministrative
	Report dell' attività di controllo sui fornitori in outsourcing	DEC dell'appalto, RES dell'appalto

## 4 QUALITÀ E SICUREZZA DEI PROCESSI CLINICO-ASSISTENZIALI

In questa sezione vengono definite le attività necessarie per rispondere ai requisiti comuni a tutti i processi /sottoprocessi di ISPRO, di seguito riportati:

<b>PROCESSO</b>	<b>SOTTOPROCESSI</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>UNITA' ORGANIZZATIVE COINVOLTE</b>
RIABILITAZIONE			SS Centro Riabilitazione oncologica (Ce.Ri.On) S.S. Area Tecnico sanitaria S.S. Area infermieristica
AMB OUTPATIENT LABORATORIO			S.C. Laboratorio Regionale di prevenzione oncologica S.S. Area Tecnico sanitaria
AMB OUTPATIENT RADIODIAGNOSTICA	SCREENING	Mammografie Ecografie Stereotassi	S.C. screening e prevenzione secondaria S.S. Area Tecnico sanitaria S.S. Area infermieristica
	SENOLOGIA CLINICA	Mammografie Ecografie Stereotassi	S.C. Senologia Clinica S.S. Area Tecnico sanitaria S.S. Area infermieristica
AMB OUTPATIENT SPECIALISTICA	DERMATOLOGIA	Visite	S.C. screening e prevenzione secondaria
	GINECOLOGIA	PAP TEST HPV TEST Colposcopia	S.C. screening e prevenzione secondaria S.S. Area infermieristica



PROCESSO CHIRURGICO	CHIRURGIA DERMATOLOGIA		S.C. screening e prevenzione secondaria S.S. Area infermieristica
	ENDOSCOPIA		S.C. screening e prevenzione secondaria S.S. Area infermieristica

## 5 REQUISITI COMUNI A TUTTI I PROCESSI ISPRO

Razionale	Attività	Figure resp.	Tempistica
Corretta identificazione del paziente nelle diverse fasi del percorso accettazione /accoglienza	Revisione della procedura GP003 (2016) corretta identificazione del paziente. Monitoraggio della correttezza delle attività nelle diverse fasi dei percorsi.	Clinical Risk Manager	Entro 31/12/2022
Soddisfazione degli utenti	Revisione questionario soddisfazione utenti; Disponibilità di un Report semestrale per processo/sottoprocesso ; N° reclami /semestre	URP	Entro 15/03/2022
Sicurezza dei pazienti	Revisione GP002 (2016) Gestione degli eventi senza danno; GP001 Gestione aziendale eventi sentinella (2016); GP006 (2016) comunicazione eventi avversi  Sensibilizzare i professionisti al Sistema di incident reporting : disponibilità di un Report semestrale su: N° schede di segnalazione, N° audit SEA con azioni di miglioramento intraprese, N° M&M per processo/sottoprocesso	Clinical risk manager	Entro 31/12/2022
Prevenzione rischio infettivo	Definizione di una procedura e messa in atto di un insieme di azioni finalizzate alla sorveglianza e controllo delle infezioni in ambito ambulatoriale	S.S Area infermieristica	Entro 30/06/2022
	Azioni congiunte con RSPP per minimizzare il rischio infettivo per gli operatori nella SC Laboratorio di prevenzione oncologica	Servizio Prevenzione e Protezione	Entro 31/12/2022
	Igiene delle mani: Revisione IP 014 2016 Procedura Igiene mani corredata delle modalità di monitoraggio semestrale (presenza in ogni ambulatorio	S.S Area infermieristica	Entro 30/04/2022



**Piano qualità e sicurezza  
2021-2022**

	gel alcolico, consumo gel alcolico). Prevedere un retraining formativo costante.		
Corretta gestione farmaci e dispositivi medici	Verifica trimestrale corretta tenuta e controllo scadenze farmaci e dispositivi medici	S.S Area infermieristica	
	Revisione GP 009 (2016) Gestione farmaci LASA – Presenza elenco farmaci Lasa in struttura ed eventuale monitoraggio delle modalità di conservazione	S.S Area infermieristica	Entro 31/12/2022
Corretta gestione apparecchiature elettromedicali	Revisione AP006 (2017); Procedura gestione apparecchiature elettromedicali verifica della presenza in ogni area dell'elenco delle apparecchiature presenti e del loro stato di manutenzione	S.C. Area Tecnico Amministrativa	Entro 31/12/2022 (procedura) Entro 31/06/2022 elenco e scadenzario apparecchiature in ogni area
Valutazione del personale neo assunto/neo inserito	Applicazione della Procedura AP 005 (2020) per l'inserimento del neo assunto / neo inserito ; disponibilità di un report semestrale con il n° sk compilato/N° neo inseriti-assunti per ogni processo/sottoprocesso	S.S.Personale	Entro 31/12/2022
Gestione emergenze-urgenze	Revisione IP003 (2019) Gestione emergenze-urgenze cliniche (rivedere modalità nel presidio di Careggi)	S.S Area infermieristica	Entro 30/04/2022
Gestione del dolore	Revisione IP004 Gestione del dolore (2016) con inserimento della valutazione del dolore nei differenti processi, quando pertinente	S.S Area infermieristica	Entro 30/06/2022
Handover	Diffusione della procedura e messa in uso delle schede predisposte dalla procedura per il passaggio di informazioni ad altri setting	Clinical Risk Manager Referente Qualità e Accreditamento	Entro 30/06/2022
Documentazione clinica	Valutazione mensile della documentazione clinica con implementazione azioni di miglioramento su criticità rilevate. Recepimento indicazioni gruppo tecnico controllo cartelle cliniche  La numerosità campionaria della revisione è del 5% per unità organizzativa assicurando una rappresentatività di casi.	Tavolo tecnico controllo cartelle cliniche  Task Force	Mensile



	Rivedere completezza check list di controllo in particolar modo per gli aspetti di: educazione del paziente , rilevazione dolore, passaggio ad altro setting, cognizione farmacologica e relativa riconciliazione nei casi pertinenti, lettera di dimissione.		Entro 30/04/22
Riconciliazione terapeutica	Definire negli specifici percorsi l'eventuale cognizione farmacologica e la successiva fase di riconciliazione nella lettera di dimissione	Clinical risk manager	Entro 31/12/2022
Educazione al paziente	Raccogliere e rivedere le informative disponibili e registrare avvenuta consegna e attività educativa nella scheda ambulatoriale	Responsabili S.C. e S.S.	Entro 31/12/2022



## 6 REQUISITI SPECIFICI DEI PROCESSI/SOTTOPROCESSI DI ISPRO

### 6.1 PROCESSO RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

Strutture di riferimento: CERION – S.S. Area tecnico sanitaria- S.S.Area infermieristica

Attività		Figure resp.		Tempistica
Revisione/aggiornamento dei seguenti documenti:				
Codice documento	Titolo documento	Data approvazione	Struttura resp.	Tempistica
RP001	Comunicazione e progetto riabilitativo al paziente e ai familiari	30/06/2015	CERION	Entro 31/12/2022
RP002	Valutazioni e classificazione dei problemi riabilitativi	30/06/2015	CERION	Entro 31/12/2022
RP003	Educazione sanitaria per la buona gestione della dimissione	30/06/2015	CERION	Entro 31/12/2022
RP004	Procedura per assicurare la continuità assistenziale	30/06/2015	CERION	Entro 31/12/2022
RP005	Lettera di dimissione	30/06/2015	CERION	Entro 31/12/2022
Attività : Monitoraggio		Figure resp.		Tempistica
Disponibilità di un report su modalità di accesso per l'accesso, controllo, follow up (rilevazione diversi flussi)		CERION		Entro 31/12/2022
Disporre di evidenze sulle modalità di programmazione dei tempi di durata della visita/prestazione diversificati in base alle caratteristiche della prestazione		CERION		Entro 31/12/2022
Disponibilità di un report sulle interruzioni del percorso riabilitativo rispetto al progetto riabilitativo stratificate per tipologia		CERION		Entro 31/12/2022
Prevedere un elenco consulenti specialisti da attivare per PRI con relativi contratti (introdurre in RP 002		CERION		Entro 30/06/2022



Valutazioni e classificazione dei problemi riabilitativi)		
Verbali di riunione almeno semestrali per condivisione dati cartelle /indicatori processo esito/PRI	CERION , S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 30/06/2022 Entro 31/12/2022
Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico- terapeutico e assistenziale e verbali di incontro per condivisione risultati	CERION , S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Verbali di incontri su base almeno annuale ( Riesame) relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione della applicazione dei protocolli, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc) contenenti anche le ipotesi di miglioramento (Obiettivo di budgeget)	CERION , S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Formalizzare le informazioni da fornire a LILT per continuità assistenziale, prevedere modulistica e registrare in CC il passaggio informazioni)	CERION	Entro 30/06/2022
Disponibilità di un report annuale su prescrizione ausilio in dimissione	CERION	Entro 31/12/2022
Rilevazioni dati da scheda ambulatoriale e PRI come da check list. La numerosità campionaria della revisione è del 5% per unità organizzativa assicurando una rappresentatività di casi.	CERION , S.S.Area tecnico sanitaria	mensile
Favorire un clima della sicurezza con l'invito agli operatori ad effettuare segnalazione in caso di near miss ed eventi avversi da analizzare mediante audit SEA. Attuazione di audit SEA e M&M.	CERION , S.S.Area tecnico sanitaria, S.S.Area infermieristica	Entro 31/12/2022
Inserire un paragrafo nel IP004 gestione del dolore sulle modalità di rilevazione in riabilitazione	CERION	Entro 30/06/2022
Presenza all'interno del PRI di un'esplicita condivisione degli obiettivi con l'utente / famiglia / care giver	CERION , S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 30/06/2022



## **6.2 PROCESSO AMBULATORIALE OUTPATIENT : RADIODIAGNOSTICA**

### **6.2.1 Sottoprocesso: Screening I e II livello**

Strutture di riferimento S.C. screening e prevenzione secondaria – S.S area tecnico sanitaria- S.S.Area infermieristica

<b>Attività</b>		<b>Figure resp.</b>		<b>Tempistica</b>
Revisione/aggiornamento dei seguenti documenti:				
<b>Codice documento</b>	<b>Titolo documento</b>	<b>Data approvazione</b>	<b>Struttura resp.</b>	<b>Tempistica</b>
PP002	Mammografia di screening	05/01/2016	S.S. Area tecnico Sanitaria- SS senologia di screening	Entro 31/12/2022
PP001	Controlli di qualità fisico-tecnici	15/12/2011	S.S. Area tecnico Sanitaria	Entro 31/12/2022
PP003	II livello screening mammografici	21/12/2011	SS senologia di screening	Entro 31/12/2022
PP004	Esami contrastografici dutto galattografia	21/11/2011	SS senologia di screening	Entro 31/12/2022
PP006	Inviti, archiviazione dati e approfondimenti diagnostici degli screening oncologici	01/08/2015	SC screening e prev . secondaria	Entro 31/12/2022
PP015	Gestione biopsie mammarie sotto guida stereotassica	04/05/2015	S.S. Area tecnico Sanitaria SC screening e prev . secondaria	Entro 31/12/2022
SI001	Duttogalattografia	20/06/2016	S.C. Senologia clinica- SS senologia di screening - S.S. Area tecnico Sanitaria	Entro 31/12/2022
LP001	Gestione del processo di informazione e consenso agli atti sanitari'.	09/10/2017	Clinical Risk Manager, Direzione Sanitaria	Entro 31/12/2022
<b>Attività :</b>		<b>Figure resp.</b>		<b>Tempistica</b>



Disponibilità di un Report su modalità di accesso per I accesso, controllo, follow up (rilevazione diversi flussi)	SC screening e prev . secondaria, SS. Senologia di screening	Entro 31/12/2022
Dare evidenza delle modalità accesso differenziato I accesso (donne invitate ) verifica tempi richiamo per II accesso (entro 28 gg) e eventuale follow up (1 anno)	SC screening e prev . secondaria, SS. Senologia di screening	Entro 31/12/2022
Dare evidenza tempi di visita differenziati	SC screening e prev . secondaria- SS. Senologia di screening	Entro 31/12/2022
Predisporre Report file con priorità per richiami	SC screening e prev . secondaria- SS. Senologia di screening; S.S. Area infermieristica	Entro 31/12/2022
Predisporre Report rispetto indicatori carta servizi	SC screening e prev . secondaria- SS. Senologia di screening	Entro 31/12/2022
Predisporre Report tempi consegna referto	SC screening e prev . secondaria- SS. Senologia di screening	Entro 31/12/2022
Evidenza controlli routinari su apparecchiature	S.S. Area tecnico Sanitaria	Entro 31/12/2022
Monitoraggio su risultati critici	SC screening e prev . secondaria- SS. Senologia di screening; S.S. Area infermieristica	Entro 31/12/2022
Verbali di riunione per condivisione dati cartelle /indicatori processo esito	SC screening e prev . secondaria- SS. Senologia di screening; S.S. Area infermieristica; S.S. Area tecnico Sanitaria	Entro 30/06/2022 Entro 31/12/2022
Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico- terapeutico e assistenziale e verbali di incontro per condivisione risultati	SC screening e prev . secondaria- SS. Senologia di screening	Entro 31/12/2022
Verbali di incontri su base almeno annuale ( <b>Riesame</b> ) relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, dal sistema di reporting and learning, dalla valutazione della applicazione di protocolli, dai dati sulle infezioni, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc) contenenti anche le ipotesi di miglioramento	SC screening e prev . secondaria- SS. Senologia di screening; S.S. Area infermieristica; S.S. Area tecnico Sanitaria	Entro 31/12/2022
Favorire un clima della sicurezza con l'invito agli operatori ad effettuare segnalazione in caso di near miss ed eventi avversi da analizzare mediante audit SEA. Attuazione di audit SEA e M&M.	SC screening e prev . secondaria- SS. Senologia di screening; S.S. Area infermieristica; S.S. Area tecnico Sanitaria	Entro 31/12/2022
Rilevazioni dati da scheda ambulatoriale come da check list. La numerosità campionaria della revisione è del 5% per unità organizzativa assicurando una	SC screening e prev . secondaria- SS. Senologia di screening; S.S. Area infermieristica; S.S. Area tecnico Sanitaria	mensile



rappresentatività di casi.		
Valutazione tempi di risposta esame istologico come valutazione fornitore esterno (Anatomia patologica AOU Careggi)	S.C. screening e prev . secondaria; S.C. Senologia clinica	Entro 31/12/2022

## 6.3 PROCESSO AMBULATORIALE OUTPATIENT : RADIODIAGNOSTICA

### 6.3.1 Sottoprocesso: Senologia clinica

Strutture di riferimento: S.C. senologia clinica – S.S area tecnico sanitaria- S.S.Area infermieristica

Attività		Figure resp.	Tempistica	
Codice documento	Titolo documento	Data approvazione	Struttura resp.	Tempistica
SI001	Duttogalattografia	20/06/2016	S.C. Senologia clinica- SS senologia di screening - S.S. Area tecnico Sanitaria	Entro 31/12/2022
SP001	Gestione organizzativa e tecnico-operativa della S.C. Senologia clinica	20/12/2019	S.C. Senologia clinica	Da aggiornare a fine anno
SP003	Gestione prestazioni di mammografie per prevenzione extrascreening	08/10/2019	S.S.Area Tecnico Sanitaria	Da aggiornare a fine anno
AP004	Prenotazione e accettazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali'	20/05/2014	S.S.Area infermieristica	Entro 31/12/2022
LP001	Gestione del processo di informazione e consenso agli atti sanitari'.	09/10/2017	Clinical Risk Manager, Direzione Sanitaria	Entro 30/06/2022
Attività :		Figure resp.	Tempistica	
Report monitoraggio prestazione non eseguite cause interne		S.C. Senologia clinica	Entro 31/12/2022	



Report monitoraggio prestazione non eseguite cause esterne	S.C. Senologia clinica	Entro 31/12/2022
Report monitoraggio modalità di accesso (alto rischio- follow up ) – liste attesa agenda CUP	S.C. Senologia clinica	Entro 31/12/2022
Report Tempi di durata della visita differenziata	S.C. Senologia clinica	Entro 31/12/2022
Dati di attività sui diversi percorsi	S.C. Senologia clinica	Entro 31/12/2022
Report rispetto indicatori carta servizi	S.C. Senologia clinica	Entro 31/12/2022
Verbali di riunione per condivisione dati cartelle /indicatori processo esito	S.C. Senologia clinica, S.S.Area infermieristica, S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 30/06/2022 Entro 31/12/2022
Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico- terapeutico e assistenziale e verbali di incontro per condivisione risultati	S.C. Senologia clinica, S.S.Area infermieristica, S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Verbali di incontri su base almeno annuale ( Riesame) relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione della applicazione di protocolli, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc) contenenti anche le ipotesi di miglioramento	S.C. Senologia clinica, S.S.Area infermieristica, S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Favorire un clima della sicurezza con l'invito agli operatori ad effettuare segnalazione in caso di near miss ed eventi avversi da analizzare mediante audit SEA. Attuazione di audit SEA e M&M.	S.C. Senologia clinica, S.S.Area infermieristica, S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Rilevazioni dati da scheda ambulatoriale come da check list. La numerosità campionaria della revisione è del 5% per unità organizzativa assicurando una rappresentatività di casi.	S.C. Senologia clinica, S.S.Area infermieristica, S.S.Area tecnico sanitaria	mensile
Modalità di chiamata per referto istologico positivo ( dare evidenza su campione di schede)	S.C. Senologia clinica, S.S.Area infermieristica	Entro 31/12/2022
Valutazione tempi di risposta esame istologico come valutazione fornitore esterno (Anatomia patologica AOU Careggi	S.C. Senologia clinica; S.C. screening e prev . secondaria	Entro 31/12/2022

## 6.4 PROCESSO AMBULATORIALE OUTPATIENT : SPECIALISTICA

### 6.4.1 Sottoprocesso: Dermatologia

Strutture di riferimento S.C. screening e prevenzione secondaria

Sede legale:

ISPRO Via Cosimo Il Vecchio 2 • 50139 Firenze  
Tel. 055 3269771



<b>Attività :</b>	<b>Figure resp.</b>	<b>Tempistica</b>
Monitoraggio prestazione non eseguite cause interne	SC screening e prev . secondaria	Entro 31/12/2022
Monitoraggio prestazione non eseguite cause esterne	SC screening e prev . secondaria	Entro 31/12/2022
Monitoraggio tempi attesa per chirurgia ambulatoriale (entro 30-90 gg secondo priorità clinica) da carta servizi	SC screening e prev . secondaria	Entro 31/12/2022
Monitoraggio indicatori carta dei servizi su tempi di attesa per i controlli entro i 12 mesi e per i follow up.	SC screening e prev . secondaria	Entro 31/12/2022
Verbali di riunione per condivisione dati cartelle /indicatori processo esito	SC screening e prev . secondaria	Entro 30/06/2022 Entro 31/12/2022
Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico- terapeutico e assistenziale e verbali di incontro per condivisione risultati	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica	Entro 31/12/2022
Verbali di incontri su base almeno annuale ( Riesame) relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione della applicazione di protocolli, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc) contenenti anche le ipotesi di miglioramento.	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica	Entro 31/12/2022
Favorire un clima della sicurezza con l'invito agli operatori ad effettuare segnalazione in caso di near miss ed eventi avversi da analizzare mediante audit SEA. Attuazione di audit SEA e M&M.	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica	Entro 31/12/2022

<b>6.5 PROCESSO AMBULATORIALE OUTPATIENT : SPECIALISTICA</b>
<b>6.5.1 Sottoprocesso: Ginecologia</b>
Strutture di riferimento: S.C. screening e prevenzione secondaria –S.S.Area infermieristica



**Piano qualità e sicurezza  
2021-2022**

<b>Attività</b>		<b>Figure resp.</b>		<b>Tempistica</b>
Revisione/aggiornamento dei seguenti documenti:				
<b>Codice documento</b>	<b>Titolo documento</b>	<b>Data approvazione</b>	<b>Struttura resp.</b>	<b>Tempistica</b>
PP006	Inviti, archiviazione dati e approfondimenti diagnostici degli screening oncologici	1/08/2015	SC screening e prev. secondaria	Entro 31/12/2022
PP013	Prelievo vaginale	09/01/2017	SC screening e prev. secondaria, S.S.Area infermieristica	Entro 31/12/2022
PP014	Colposcopia	26/09/2016	SC screening e prev. secondaria S.S.Area infermieristica	Entro 31/12/2022
LP001	Gestione del processo di informazione e consenso agli atti sanitari'.	09/10/2017	Clinical Risk Manager, Direzione Sanitaria	Entro 31/12/2022
<b>Attività :</b>		<b>Figure resp.</b>		<b>Tempistica</b>
Rilevazione tempi di invio del referto (OK 2020) valutare 2021		S.S Valutazione screening		Entro 31/12/2022
Monitoraggio sulle diverse modalità di accesso (I accesso, controllo, follow up)		S.S Valutazione screening		Entro 31/12/2022
Valutazione indicatori Carta servizi		SC screening e prev. secondaria		Entro 31/12/2022
Report prestazione non eseguite cause interne		SC screening e prev. secondaria		Entro 31/12/2022
Report prestazione non eseguite cause esterne		SC screening e prev. secondaria		Entro 31/12/2022
Report Trasferimenti ad altro setting Colposcopia> conizzazione/ chirurgia		SC screening e prev. secondaria		Entro 31/12/2022
Evidenza delle modalità per la trasmissione tempestiva dell'esito in caso di valori/risultati critici predefiniti al richiedente ed al paziente		SC screening e prev. secondaria; S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica		Entro 31/12/2022
Verbali di riunione per condivisione dati cartelle /indicatori processo esito		SC screening e prev. secondaria; S.S. Area Infermieristica		Entro 30/06/2022 Entro 31/12/2022
Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico- terapeutico e assistenziale e verbali di incontro per condivisione risultati		SC screening e prev. secondaria; S.S. Area Infermieristica		Entro 31/12/2022



Verbali di incontri su base almeno annuale (Riesame) relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione della applicazione di protocolli, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc) contenenti anche le ipotesi di miglioramento .	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area Infermieristica	Entro 31/12/2022
Favorire un clima della sicurezza con l'invito agli operatori ad effettuare segnalazione in caso di near miss ed eventi avversi da analizzare mediante audit SEA. Attuazione di audit SEA e M&M.	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area Infermieristica	Entro 31/12/2022
Rilevazioni dati da scheda ambulatoriale come da check list. La numerosità campionaria della revisione è del 5% per unità organizzativa assicurando una rappresentatività di casi.	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area Infermieristica	mensile

<b>6.6 PROCESSO AMBULATORIALE OUTPATIENT: LABORATORIO</b>	
Strutture di riferimento: S.C. Laboratorio Regionale di prevenzione oncologica S.S.Area Tecnico Sanitaria	

<b>Attività</b>		<b>Figure resp.</b>		<b>Tempistica</b>
<b>Codice documento</b>	<b>Titolo documento</b>	<b>Data approvazione</b>	<b>Struttura resp.</b>	<b>Tempistica</b>
IP027	Organizzazione e controllo Banche Biologiche	25/09/20214	S.S Epidemiologia Molecolare e degli Stili di Vita -S.C. Laboratorio Regionale di prevenzione oncologica	Entro 31/12/2022

<b>Sistema documentale</b>	<b>Figure resp.</b>	<b>Tempistica</b>
Revisione/aggiornamento della documentazione di laboratorio integrandola al Sistema documentale aziendale	S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	Entro 31/12/2022



**Piano qualità e sicurezza  
2021-2022**

<b>Attività :</b>	<b>Figure resp.</b>	<b>Tempistica</b>
Accettazione campioni : modalità diverse per primo accesso/ controllo/follow up	Servizio Front-office ; S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	Entro 31/12/2022
Report su monitoraggio tempi di consegna del referto	S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica; S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Audit per la valutazione dei tempi di refertazione	S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica; S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 30/06/2022 Entro 31/12/2022
Monitoraggio su modalità di abbinamento utente/ campione	S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica; S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Evidenza delle modalità di registrazione dei controlli routinari sulle apparecchiature diagnostiche % prestazioni non eseguite	S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Report di monitoraggio delle prestazioni non eseguite per cause interne (campione non correttamente prelevato) % prestazioni non eseguite	S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	Entro 31/12/2022
Report di monitoraggio delle prestazioni non eseguite per cause esterne (guasto apparecchiatura)	S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica; S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Evidenza delle modalità di trasmissione tempestiva in caso di valori critici	S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	Entro 31/12/2022
Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico- terapeutico e assistenziale e verbali di incontro per condivisione risultati	S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica; S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Verbali di incontri su base almeno annuale ( Riesame) relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione della applicazione di protocolli, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc) contenenti anche le ipotesi di miglioramento .	S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica; S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Favorire un clima della sicurezza con l'invito agli operatori ad effettuare segnalazione in caso di near miss ed eventi avversi da analizzare mediante audit SEA. Attuazione di audit SEA e M&M.	S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica; S.S.Area tecnico sanitaria	Entro 31/12/2022
Rilevazioni dati da referti come da check list. La numerosità campionaria della revisione è del 5% per unità organizzativa assicurando una rappresentatività di casi.	S.C.Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica; S.S.Area tecnico sanitaria	mensile



## 6.7 PROCESSO CHIRURGICO AMBULATORIALE

### 6.7.1 Sottoprocesso: Chirurgia dermatologica

Strutture di riferimento: S.C. screening e prevenzione secondaria –S.S.Area infermieristica

<b>Attività</b>		<b>Figure resp.</b>		<b>Tempistica</b>
Revisione/aggiornamento dei seguenti documenti:				
<b>Codice documento</b>	<b>Titolo documento</b>	<b>Data approvazione</b>	<b>Struttura resp.</b>	<b>Tempistica</b>
PP05	Attività chirurgica ambulatoriale	14/11/2016	S.C.Screening e prevenzione secondaria	Entro 31/12/2022
LP001	Gestione del processo di informazione e consenso agli atti sanitari'.	09/10/2017	Clinical Risk Manager, Direzione Sanitaria	Entro 31/12/2022
<b>Attività :</b>		<b>Figure resp.</b>		<b>Tempistica</b>
Report prestazione non eseguite cause interne		SC screening e prev . secondaria		Entro 31/12/2022
Report prestazione non eseguite cause esterne		SC screening e prev . secondaria		Entro 31/12/2022
Report su tempi attesa per chirurgia ambulatoriale (entro 30-90 gg secondo priorità clinica) da carta servizi		SC screening e prev . secondaria		Entro 31/12/2022
Report su monitoraggio indicatori carta dei servizi su tempi di attesa per i controlli entro i 12 mesi e per i follow up.		SC screening e prev . secondaria		Entro 31/12/2022
Verbali di riunione per condivisione dati cartelle /indicatori processo esito		SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica		Entro 30/06/2022 Entro 31/12/2022
Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico- terapeutico e assistenziale e verbali di incontro per condivisione risultati		SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica		Entro 31/12/2022
Verbali di incontri su base almeno annuale ( Riesame) relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione della applicazione di protocolli, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc)		SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica		Entro 31/12/2022



contenenti anche le ipotesi di miglioramento .		
Favorire un clima della sicurezza con l'invito agli operatori ad effettuare segnalazione in caso di near miss ed eventi avversi da analizzare mediante audit SEA. Attuazione di audit SEA e M&M.	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica	Entro 31/12/2022
Rilevazioni dati da scheda ambulatoriale come da check list. La numerosità campionaria della revisione è del 5% per unità organizzativa assicurando una rappresentatività di casi.	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica	mensile

## 6.8 PROCESSO CHIRURGICO AMBULATORIALE

### 6.8.1 Sottoprocesso: Endoscopia

Strutture di riferimento: S.C. screening e prevenzione secondaria –S.S.Area infermieristica

Attività		Figure resp.		Tempistica
Revisione/aggiornamento dei seguenti documenti:				
Codice documento	Titolo documento	Data approvazione	Struttura resp.	Tempistica
PP007	Processazione di endoscopi e manutenzione lavaendoscopi	marzo 2022	S.S. Area Infermieristica	Entro 31/12/2022
PP019	Allestimento e chiusura ambulatorio endoscopico	23/02/2021	S.S. Area Infermieristica	Entro 31/12/2022
PP 016	Gestione delle emergenze-urgenze in endoscopia digestiva	04/05/2015	S.C. Screening e prevenzione secondaria	Entro 31/12/2022
PP011	Accoglienza dell'utente nel servizio di endoscopia digestiva	03/06/2014	S.S. Area Infermieristica	Entro 31/12/2022
LP001	Gestione del processo di informazione e consenso agli atti sanitari'.	09/10/2017	Clinical Risk Manager, Direzione Sanitaria	Entro 31/12/2022
Attività :		Figure resp.		Tempistica



Report su prestazione non eseguite cause interne	SC screening e prev . secondaria	Entro 31/12/2022
Report su prestazione non eseguite cause esterne	SC screening e prev . secondaria	Entro 31/12/2022
Monitoraggio tempi attesa per chirurgia ambulatoriale (entro 30-90 gg secondo priorità clinica) da carta servizi	SC screening e prev . secondaria	Entro 31/12/2022
Monitoraggio indicatori carta dei servizi su tempi di attesa per i controlli entro i 12 mesi e per i follow up.	SC screening e prev . secondaria	Entro 31/12/2022
Verbali di riunione per condivisione dati cartelle /indicatori processo esito	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica	Entro 30/06/2022 Entro 31/12/2022
Report di adesione ad almeno 3 strumenti di indirizzo clinico- terapeutico e assistenziale e verbali di incontro per condivisione risultati	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica	Entro 31/12/2022
Verbali di incontri su base almeno annuale ( Riesame) relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione della applicazione di protocolli, e da altre fonti (ad es. reclami degli utenti, valutazioni degli utenti, dati di clima interno, ecc) contenenti anche le ipotesi di miglioramento .	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica	Entro 31/12/2022
Favorire un clima della sicurezza con l'invito agli operatori ad effettuare segnalazione in caso di near miss ed eventi avversi da analizzare mediante audit SEA. Attuazione di audit SEA e M&M.	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica	Entro 31/12/2022
Rilevazioni dati da scheda ambulatoriale come da check list. La numerosità campionaria della revisione è del 5% per unità organizzativa assicurando una rappresentatività di casi. (	SC screening e prev . secondaria; S.S. Area infermieristica	mensile

## 6.9 S.C EPIDEMIOLOGIA CLINICA E DI SUPPORTO AL GOVERNO CLINICO

Attività		Figure resp.		Tempistica
Revisione/aggiornamento dei seguenti documenti:				
Codice documento	Titolo documento	Data approvazione	Struttura resp.	Tempistica
DP001	Descrizione dei profili e designazione degli incaricati al trattamento per i dati del Registro	05/05/2014	S.S Registro Tumori	Entro 31/12/2022



	Tumori della Regione Toscana			
DP002	Definizione del piano di formazione per gli incaricati al trattamento dei dati del RTRT	05/05/2014	S.S Registro Tumori	Entro 31/12/2022
DP004	Trasmissione dati su supporto informatico o cartaceo	05/05/2014	S.S Registro Tumori	Entro 31/12/2022

## 6.10 S.C EPIDEMIOLOGIA DEI FATTORI DI RISCHIO E DEGLI STILI DI VITA

Attività		Figure resp.		Tempistica
Revisione/aggiornamento dei seguenti documenti:				
Codice documento	Titolo documento	Data approvazione	Struttura resp.	Tempistica
IP027	Organizzazione e controllo Banche Biologiche	25/09/20214	S.S Epidemiologia Molecolare e degli Stili di Vita -S.C. Laboratorio Regionale di prevenzione oncologica	Entro 31/12/2022
OP001	Sorveglianza epidemiologica dei tumori e cancerogeni professionali e ambientali	17/02/20014	S.S Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro	Entro 31/12/2022

## 6.11 S.C CORE RESEARCH LABORATORY

Attività		Figure resp.		Tempistica
Revisione/aggiornamento dei seguenti documenti:				
Codice documento	Titolo documento	Data approvazione	Struttura resp.	Tempistica
II005	Gestione delle attività di ricerca non differibili del Core Research Laboratory	12/06/2019	CRL	Entro 31/12/2022

Sede legale:

ISPRO Via Cosimo Il Vecchio 2 • 50139 Firenze  
Tel. 055 3269771



## 7 ATTIVITÀ SVOLTE NEL 2021

- **Delibera 210 del 16/07/2021** Nomina Referente Aziendale per la Qualità e l'Accreditamento e nuova composizione della task force per l'attuazione della L.R. 51/2009 in materia di accreditamento strutture sanitarie.
- Riunioni di aggiornamento per facilitatori del rischio clinico 21/04/2021 16/06/2021 15/09/2021 17/11/2021
- **Delibera n.54 del 26/02/2021** Attivazione gruppi tecnici (prevenzione atti di violenza, legionellosi)
- Riunione maggio 2021 dell'organismo indipendente di valutazione (OIV)
- Schede di budget 2021
- Piano delle Performance D.G. n.29 29/01/2021
- Verbale riunione OIV su valutazione della performance 26/05/2021
- Delibera 141 11/05/2021 Approvazione supporto tecnico amministrativo..... e attività di formazione da parte dell'ASL Toscana Centro
- Delibera n.41 del 12/02/2021 Nomina del referente della formazione interna (RFI), dei facilitatori della formazione (FFI) e del DEC della formazione
- Piano annuale formazione 2021
- Delibera 152 del 20/05/2021 Comitato di partecipazione, Consiglio dei cittadini per la salute
- Piano triennale di prevenzione per la corruzione 2021-2023
- Relazione rischio clinico 2020