



Regione Sicilia



**Azienda Sanitaria
Provinciale di Ragusa**

**PIANO AZIENDALE
DELLA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
2018**

Il piano per la qualità definisce le attività di governo clinico atte al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi, al fine di migliorare i livelli di salute ed il soddisfacimento dei bisogni degli utenti, in un contesto di sicurezza, partecipazione e responsabilità condivisa.

Redazione

Dott. Giovanni Ruta
Responsabile Aziendale
U.O.S. Qualità, Rischio Clinico e Accreditamento

Dott. Biagio Aprile
Dirigente Medico
U.O. Qualità, Rischio Clinico e Accreditamento

Approvazione

Comitato Rischio Clinico

Ratifica

Dott. Salvatore Lucio Ficarra – Commissario Regionale

Premessa

Esiste un particolare interesse per il tema della sicurezza e della qualità delle prestazioni sanitarie. I programmi per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e sociosanitari rappresentano un obiettivo prioritario per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e per garantire la sostenibilità del sistema.

L'Alta Direzione Aziendale intende dimostrare concretamente ai portatori di interesse, interni ed esterni, il livello di efficacia e appropriatezza raggiunto e le prospettive di miglioramento delle performance attuali.

La nuova politica sanitaria della Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa (ASP Ragusa) pone tra i suoi obiettivi prioritari anche i seguenti:

- umanizzazione dei percorsi socio-assistenziali-riabilitativi;
- appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
- qualità organizzativa e tecnico-professionale degli operatori sanitari;
- qualità percepita dagli utenti.

In questa ottica si intende sviluppare la ricerca di pratiche cliniche improntate a criteri di evidenza scientifica, efficacia e appropriatezza ed avviare percorsi di costante miglioramento della qualità. Il D. Lgs 502/92 e successive integrazioni e modificazioni unitamente alla Legge Regionale n° 5/2009 e al PSR 2011-2013 hanno posto in rilievo l'esigenza di valorizzare il processo di crescita della cultura della qualità e dell'auditing della qualità nella sanità pubblica.

Le linee di indirizzo regionali, attraverso il Piano Sanitario 2011-2013 al punto 17 (Il miglioramento della Qualità ed il Governo Clinico) prevedono, quale tema prioritario, il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi e quindi l'appropriatezza nell'uso delle risorse umane, tecniche e strutturali. A questo scopo è necessaria una attenta analisi dei fabbisogni e delle aspettative dei principali "Stakeholders" ossia "portatori di interessi legittimi": cittadini, istituzioni, organizzazioni di volontariato, operatori sanitari. Sono essi tutti soggetti coinvolti, in diversa misura, nelle decisioni Aziendali; ne influenzano il successo e/o sono influenzati dall'attività dell'organizzazione in quanto utilizzatori finali (cittadini). Lo stile di gestione della Azienda Sanitaria è improntato a principi di condivisione ed attenzione nel definire strategie e prendere decisioni che soddisfano tutti o la maggior parte degli Stakeholders, al fine di ottenere i consensi necessari.

Il sistema di controllo delle performance aziendali, mediante la verifica dei risultati e la diffusione di una cultura di gestione per obiettivi, il coordinamento e l'integrazione delle attività delle diverse strutture sanitarie, fornisce gli elementi di valutazione.

Il sistema gestionale orientato alla qualità deve necessariamente strutturare un meccanismo di verifica del livello di qualità acquisito. Uno degli strumenti oggettivamente validi, atti ad evidenziare le eventuali carenze del sistema e ad innescare opportunità di miglioramento efficaci, è rappresentato dagli audit interni. Gli audit interni permettono di valutare se le attività svolte per la qualità e i risultati ottenuti sono in accordo con quanto pianificato e verificare lo stato di applicazione delle norme, delle procedure e delle Raccomandazioni Ministeriali. L'audit costituisce l'elemento ulteriore per aiutare le singole strutture organizzative all'autovalutazione, al fine di:

- prevenire rischi potenziali legati ad aree con attività particolarmente complesse;

- migliorare la qualità del servizio offerto.

Il modello organizzativo supporta le singole strutture operative nella applicazione delle procedure aziendali e fornisce suggerimenti e consulenze per la implementazione di nuove procedure adattate alle diverse UU.OO. Gli obiettivi sono rappresentati da elementi capaci di coinvolgere e valorizzare tutte le professionalità mediante la adozione di linee guida, protocolli, con verifica dei risultati mediante opportuni indicatori di processo.

L'Alta Direzione Aziendale considera le risorse umane come fattore strategico di sviluppo, riservando alle stesse particolare attenzione per la loro valorizzazione, per la soddisfazione e l'analisi dei bisogni del personale.

Il modello gestionale tiene conto del processo di comunicazione interna, coinvolgimento del personale e della sua motivazione mediante una maggiore consapevolezza del proprio ruolo all'interno di una organizzazione.

A questo fine la direzione strategica, oltre a diffondere gli obiettivi e la politica per la qualità, procede al monitoraggio della soddisfazione dell'utente interno (personale dipendente e convenzionato), con l'intento di rilevare e risolvere eventuali problematiche e fare in modo che i comportamenti siano adeguati, condivisi e coerenti alle procedure e alle istruzioni operative in uso.

L'attività di formazione sui temi della qualità è fondamentale per il miglioramento continuo e la motivazione del personale nell'ottica del pieno soddisfacimento delle aspettative dell'utente. Mediante l'impegno e la condivisione di obiettivi miranti al costante miglioramento è possibile offrire all'utenza una "qualità" in linea con le sue aspettative con tempi e modalità adeguate.

Il modello organizzativo dell'ASP Ragusa, come del resto della maggioranza delle Aziende Sanitarie della Regione Sicilia è il risultato della confluenza di diverse strutture sanitarie (ex ASP Territoriale ed ex Aziende Ospedaliere), ognuna portatrice di esperienze diverse sia in ambito di TQM (Total Quality Management) e accreditamento istituzionale che di clinical governance.

La U.O.S. Qualità, Rischio Clinico e Accreditamento individua le criticità presenti nei servizi territoriali ed ospedalieri e, dopo la loro analisi, attua le opportune azioni di miglioramento.

La predisposizione del Piano Qualità e Rischio clinico rappresenta il modello attuativo per uniformare azioni e comportamenti miranti alla TQM, alla clinical governance e alla sicurezza dell'utente.

La Legge 5/2009 e il PSR 2011-2013 identificano come obiettivo principale l'integrazione del Sistema Qualità aziendale con la Clinical Governance al fine di migliorare la sicurezza del paziente attraverso l'adozione di protocolli e linee guida e la verifica del loro utilizzo mediante audit interni.

La Direzione Generale della ASP Ragusa attua una politica sanitaria adeguata ai bisogni degli utenti, con particolare riguardo agli aspetti legati alla comunicazione esterna che sono improntati a trasparenza, efficacia e tempestività. In questa ottica, attribuisce una posizione di rilievo al Comitato Consultivo Aziendale.

Scopo

Il piano definisce le politiche / strategie aziendali, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori delle attività relative alla qualità e alla gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti ed è redatto tenuto conto degli obiettivi strategici regionali ed aziendali.

Il piano per la qualità dell'ASP Ragusa, inoltre, ha il compito di comunicare agli operatori della sanità, agli utenti, alle associazioni per i diritti del malato e agli organismi istituzionali:

- i principi ispiratori e la metodologia di riferimento adottata dall'ASP per promuovere il miglioramento della qualità;
- gli obiettivi aziendali per la qualità;
- le azioni di miglioramento della qualità e le strategie per la prevenzione degli eventi avversi;
- i modelli organizzativi tesi a migliorare i processi di comunicazione interna e la loro integrazione con gli obiettivi aziendali.

La Missione Istituzionale

L'ASP Ragusa svolge funzione di tutela e promozione della salute degli utenti e della collettività, attraverso attività di prevenzione, cura e riabilitazione. In particolare:

1. garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), integrando l'assistenza territoriale ed ospedaliera erogata direttamente o da altre Aziende pubbliche o private, per contribuire alla qualità della vita dei cittadini.
2. fornisce, in maniera accessibile e trasparente al cittadino-utente, informazioni sul suo modo di operare, sulle prestazioni erogate, sugli strumenti e le professionalità impiegate, sugli standard di qualità attesi e perseguiti.
3. promuove l'adozione di comportamenti improntati al rispetto della riservatezza, alla cortesia, alla disponibilità, al dialogo e all'ascolto dell'utente da parte di tutte le risorse umane; ciascuna secondo le proprie specifiche competenze e fornire servizi che eccedano le aspettative dei clienti/utenti e che soddisfino i requisiti delle norme e leggi vigenti.
4. L'ASP Ragusa pone a fondamento della propria azione i seguenti principi:
 - **Eguaglianza:** ogni persona ha diritto di ricevere le prestazioni necessarie, senza discriminazioni culturali e/o religiose;
 - **Imparzialità:** i comportamenti degli operatori verso ospiti e utenti sono ispirati a criteri di obiettività ed imparzialità;
 - **Continuità:** gli operatori assicurano continuità e regolarità nella erogazione delle cure;
 - **Partecipazione:** è garantita la possibilità di esprimere la propria valutazione sulla qualità delle prestazioni erogate e inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento dei servizi. Sono incentivati rapporti e collaborazione con associazioni di volontariato e tutela del cittadino.
 - **Efficacia ed efficienza:** il servizio viene erogato in modo da garantire un ottimale rapporto tra le risorse impiegate, attività svolte e risultati ottenuti.

La Visione Aziendale

La Direzione strategica persegue il mantenimento di un continuo progresso della qualità ed accessibilità dei servizi sanitari erogati.

Punti essenziali di questa strategia sono:

- il miglioramento della qualità strutturale;
- il miglioramento della qualità gestionale-organizzativa;
- il miglioramento della qualità relazionale/comunicativa/percepita.

Riferimenti normativi

- D.P.R. 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
- D. A. 890/2002 "Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana"
- D. Lgs 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- LEGGE 14 aprile 2009, n. 5. "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale".
- D. A. 11 gennaio 2008 "Approvazione degli standard per la gestione del rischio clinico per le strutture ospedaliere e le centrali operative SUES 118"
- Norma UNI EN ISO 9000:2005 "Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e terminologia"
- Norma UNI EN ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti".
- Ministero della salute - Decreto 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. GURI 4.6.2015.

Principi ispiratori

Ingredienti della qualità sono la cultura, il metodo, la tenacia e la formazione. La qualità non è una tecnica, ma consiste di virtù personali come la coerenza, la passione, l'attenzione, l'entusiasmo; mentre la tecnica, per quanto importante è solo uno strumento per esprimere e mettere in pratica questi valori.

La qualità deriva dalle persone, dal loro impegno, dal loro interesse e dalla ferma convinzione che tutto possa essere migliorato.

Metodologia

Gli obiettivi del presente piano si integrano con lo sviluppo del sistema di gestione aziendale per la qualità e la sicurezza dei pazienti tenendo conto delle tre dimensioni della qualità condivise dalla comunità scientifica ed istituzionale in ambito sanitario:

- qualità organizzativa
- qualità tecnico professionale
- qualità percepita

Il documento rappresenta il punto di riferimento per lo sviluppo di obiettivi ed azioni per il miglioramento della qualità e la prevenzione degli eventi avversi a livello aziendale.

Per la gestione del rischio clinico, sarà la programmazione annuale ad esplicitare più puntualmente gli obiettivi orientativi e gli indicatori sia di processo che di esito.

Nell'atto aziendale attuale, all'art.11 si esprime quanto segue: "l'orientamento a bisogni dell'utenza e il miglioramento dei processi clinico-assistenziali l'ASP orienta la sua azione ad una cultura di servizio che pone al centro l'utente e il soddisfacimento dei suoi bisogni, individuati attraverso l'analisi di contesto e la valutazione dei fattori che influenzano lo stato di salute della popolazione."

La Direzione strategica consapevole della necessità di modifiche con lo scopo di migliorare i processi organizzativi, tecnici, gestionali e comportamentali al fine di rendere più veloce, più concreta, più efficace e più efficiente l'azione finale per un progetto di benessere del cittadino, si impegna a:

- mantenere elevati i livelli di assistenza;
- condurre audit e diffondere la cultura della medicina basata sulle evidenze;
- nella pratica della gestione e della comunicazione del rischio;
- nello sviluppo delle attività di accreditamento professionale.

Il superamento di logiche e modalità operative basate su interventi ed approcci isolati da parte di singoli operatori, l'integrazione e il coordinamento di tutti i servizi per il raggiungimento degli standard qualitativi individuati, unitamente a alla motivazione delle risorse umane e ad un ottimale utilizzo delle risorse tecnologiche, risulteranno il valore aggiunto alle prestazioni e ai servizi erogati.

La politica di gestione delle risorse umane è volta al loro sviluppo in termini di competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

Appare evidente, pertanto, la rilevanza attribuita alle risorse umane, come criterio gestionale dell'organizzazione, che comporta la ricerca del superamento delle forme tradizionali di organizzazione,

basate sull'adeguamento delle risorse ai processi/attività, verso l'adozione di strategie di valorizzazione delle risorse umane interne.

In tale ottica, particolare importanza è attribuita alla gestione delle risorse umane che si configurano come elemento fondante per la crescita e la valorizzazione delle potenzialità dell'organizzazione, assumendo valenza strategica relativamente alle attività ricadenti nel processo di accoglienza, diagnosi e cura.

Solo attraverso interventi multifattoriali organizzativi condivisi dalle risorse umane, mediante utilizzo di processi di comunicazione efficaci, tesi alla condivisione dei contenuti del Piano Qualità Aziendale, potrà realizzarsi una assistenza sanitaria e riabilitativa ottimale in linea con le attese del cittadino.

Principi ispiratori del sistema organizzativo - gestionale sono:

- L'adozione di un comportamento improntato al rispetto della riservatezza, alla cortesia, alla disponibilità al dialogo e all'ascolto dell'utente/paziente da parte di tutte le risorse, ciascuna secondo le proprie specifiche competenze. Centralità dell'utente e sua piena titolarità a partecipare alle attività di gestione organizzativa del SSN.
- Compartecipazione attiva tra i diversi attori della comunità (servizi territoriali, associazioni di volontariato, familiari del cliente/paziente, ecc.).
- Assoluto rispetto dei principi di uguaglianza e di imparzialità della gestione delle liste di attesa gestite secondo criteri prestabiliti.
- Partecipazione informata dell'utente/paziente alle prestazioni erogate, con sottoscrizione, del consenso informato, secondo i criteri e le modalità stabiliti dalla normativa vigente.
- Garanzia sulle modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali, attraverso la tutela del segreto professionale e della privacy secondo la normativa vigente.
- Definizione di indicatori che supportino il processo di valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi in riferimento a tutti gli ambiti della qualità (struttura, processo, esito).
- Promozione di programmi di verifica della soddisfazione degli utenti, finalizzata alla attivazione di programmi di miglioramento continuo della qualità.
- Il livello professionale delle risorse umane assume valenza strategica rispetto alla qualità, alle esigenze del cliente/utente ed alle sue aspettative. Si rende necessario, quindi, favorire lo sviluppo delle capacità professionali e la relativa motivazione di tutte le risorse dell'organizzazione attraverso attività formative e di accreditamento professionale.

Struttura organizzativa U.O.S. Qualità, Rischio Clinico e Accreditamento

Nell'ASP Ragusa la U.O.S. Qualità, Rischio Clinico e Accreditamento, alla luce dell'organigramma e funzionigramma, dettato dalla normativa nazionale e regionale dal nuovo atto aziendale è in atto individuata come struttura semplice in staff alla Direzione Generale da cui dipende.

Le funzioni della U.O.S. Qualità, Rischio Clinico e Accreditamento attengono il coordinamento di tutti gli interventi necessari ed efficaci per il miglioramento continuo dei servizi di prevenzione, diagnosi e cura territoriali ed ospedalieri e l'attuazione di processi atti alla appropriatezza delle prestazioni erogate.

Il ruolo dell'U.O.S. Qualità, Rischio Clinico e Accreditamento, nel contesto del sistema qualità aziendale, la rende uno strumento di coordinamento ed integrazione con le altre articolazioni organizzative che concorrono al sistema qualità aziendale, quali la direzione amministrativa, la direzione sanitaria, le direzioni mediche di presidio, il servizio infermieristico, il sistema informativo e l'URP.

Il responsabile dell'unità operativa è coadiuvato da personale proporzionato al numero di operatori sanitari della ASP di Ragusa.

Compiti e funzioni

Coordina la progettazione e la diffusione di modalità operative di gestione dei processi clinico-assistenziali orientati alla sicurezza clinica, efficienza, efficacia, appropriatezza delle prestazioni, individuando indicatori per la valutazione ed il monitoraggio dei processi clinico assistenziali e di prevenzione – diagnosi – cura.

- a) effettua rilevazioni, analizza e diffonde i risultati delle misurazioni ed i dati relativi alle performance professionali ed organizzative sulla base degli indicatori e standard di sicurezza clinica, efficienza, efficacia e appropriatezza individuati;
- b) coordina la pianificazione e la redazione di percorsi diagnostico-terapeutici basati sulle evidenze;
- c) diffonde documentazione scientifica relativa alla qualità, rischio clinico e accreditamento;
- d) supporta la Direzione Generale nella programmazione relativa alla organizzazione dei servizi e della erogazione delle prestazioni sanitarie al fine ottimizzare la qualità delle prestazioni e fornire risposte adeguate alle aspettative dell'utente.
- e) analizza i risultati della qualità percepita, individua le azioni di miglioramento e vigila sul mantenimento degli standard descritti nella Carta dei Servizi e ne analizza e diffonde i risultati;
- f) riceve informazioni relative ai reclami e partecipa alla loro analisi e risoluzione;
- g) promuove e diffonde in tutti gli ambiti aziendali la cultura della Qualità, pianificando ed organizzando la formazione del personale in tema di sicurezza clinica, efficienza, efficacia e appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali;
- h) promuove, progetta, pianifica, diffonde e valuta le azioni di miglioramento ed elabora il Piano Annuale per il miglioramento della Qualità e Rischio Clinico;

- i) collabora alla analisi e valutazione di impatto sulla salute della popolazione;
- j) partecipa alla definizione delle strategie per l'inserimento del personale di nuova acquisizione ed alla definizione dei criteri per il sistema premiante;
- k) mantiene i rapporti con l'Assessorato Regionale alla Sanità ed il Ministero della Salute per le attività regionali e nazionali inerenti le problematiche della qualità.
- l) riferisce sull'andamento del sistema qualità aziendale al direttore generale, dal quale riceve la politica e gli obiettivi da perseguire.
- m) valuta la corrispondenza dei requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture con quelli fissate dalle normative Nazionali e Regionale vigenti.

Per tali attività si ritiene necessaria la interazione della U. O. Qualità Aziendale con uffici, servizi ed unità operative a valenza strategica per l'implementazione di piani e progetti orientati al miglioramento continuo della qualità (**M.C.Q.**) ed alla soddisfazione dell'utenza.

Le unità operative con le quali si prevede una più marcata attività di collaborazione e talora di condivisione di obiettivi sono:

- **U.O. Risk Management** tale funzione dotata di specifiche competenze professionali e formative, è integrata al Sistema Qualità Aziendale, considerato che la sicurezza dei pazienti è una delle dimensioni in cui si articola la Qualità in ambito sanitario.
- **U.O. URP** rappresenta il punto di incontro ed ascolto del cittadino per informazioni, reclami e suggerimenti.
- **U.O. Formazione** con compiti di formazione e aggiornamento del personale e quindi indispensabile per la promozione e la formazione della cultura della qualità.
- **U.O. Controllo di gestione:** con compiti di analisi della struttura organizzativa e del grado di attuazione di quanto programmato e della loro coerenza con la mission aziendale sia in termini di efficacia EBM che di efficienza ed economicità di gestione.
- **Collegio di Direzione:** risulta fondamentale integrare gli obiettivi strategici della qualità ed i progetti con la effettiva loro fattibilità in una dimensione trasversale che accolga il punto di vista della Direzione Strategica, dei direttori dei Presidi Ospedalieri, del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento di Salute Mentale, del Dipartimento Amministrativo. Tale raccordo darà impulso ai processi di M. C. Q. e la necessaria legittimità per la loro realizzazione.
- **Sistema informativo e statistico locale:** fornisce alla Direzione informazioni tempestive, univoche relative al volume di prestazioni svolte, alle liste di attesa, alla spesa farmaceutica; l'analisi dei dati permetterà eventuali azioni correttive e piani di miglioramento.
- **Servizio infermieristico:** svolge attività di programmazione e coordinamento del personale del comparto sanitario (infermieri, ostetriche, tecnici di laboratorio, tecnici di riabilitazione, tecnici sanitari di radiologia medica, puericultrici, vigilatrici d'infanzia, ausiliari), con particolare riguardo alla formazione ed all'aggiornamento, al fine della ottimale erogazione dei processi assistenziali. Si rivolge inoltre alla ottimizzazione dei servizi di carattere alberghiero nell'ambito di una umanizzazione dei profili di cura e all'organizzazione delle attività.
- **U.O. Educazione alla salute:** rappresenta la risorsa in grado di incidere significativamente sulla spesa farmaceutica mediante attività di informazione e promozione di stili di vita adeguati alle

linee guida del Ministero della Salute.

- **Servizio Sociale:** Tali operatori rappresentano i “recettori sensoriali” delle necessità dell’utente che fruisce dell’assistenza sanitaria, e interagendo con i “portatori di interessi” giocano un ruolo fondamentale per l’umanizzazione dei processi assistenziali
- **Facilitatori per il miglioramento continuo della Qualità e Risk Management (GFMQ-R)** Sono professionisti appartenenti a differenti ruoli, conoscitori delle tecniche manageriali, della metodologia per la cultura della qualità ed esperti delle dinamiche di gestione dei gruppi; essi raccordano con il responsabile qualità per gli interventi e le attività connesse agli audit e al controllo della applicazione delle procedure. Sono operatori che dispongono di leadership all’interno del gruppo dove operano con “potere” dato pertanto non dall’autorità del ruolo che ricoprono, ma dall’autorevolezza della conoscenza; hanno la funzione di rendere operativi i piani di lavoro connessi agli obiettivi aziendali. Supportano l’attività delle UU. OO. Qualità e Risk Management.
- **Operatori:** ogni dipendente dell’Azienda viene coinvolto nella realizzazione del processo di miglioramento della qualità con i compiti e le funzioni nell’ambito della struttura di assegnazione, tutte le funzioni rappresentano il ruolo di referenti o di facilitatori della qualità.

Obiettivi strategici di riferimento del piano sanitario regionale

Il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie ha posto le basi per una diversa visione della sanità pubblica, intesa principalmente come servizio al cittadino: qualità delle prestazioni ed efficienza delle strutture sono i principi ispiratori del nuovo modello di sanità e le premesse per assicurare al cittadino prestazioni in tempi brevi e qualitativamente elevati.

Le strutture sanitarie devono avviare percorsi di costante miglioramento della qualità per rispondere al nuovo e complesso bisogno di salute e a dotarsi di strumenti di verifica delle performance rispetto alle attese espresse dai cittadini.

Obiettivi del Piano Sanitario Regionale (P.S.R.) sono:

- La promozione della cultura della qualità all'interno delle Aziende sanitarie che deve coinvolgere progressivamente tutti gli operatori attraverso interventi di informazione – formazione – sensibilizzazione. Il modello organizzativo proposto prevede il coinvolgimento di tutte le funzioni operative e una adeguata motivazione con l'obiettivo che ogni operatore sanitario e non, acquisti consapevolezza del ruolo primario nel miglioramento continuo della qualità.
- Formazione degli operatori dell'Azienda affinché questi acquisiscano metodologie e strumenti indispensabili per il buon esito dei programmi di miglioramento qualitativo.
- Definire, unitamente agli operatori dei servizi aziendali, standard ed indicatori che possano supportare il processo di valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi con riferimento a tutti gli ambiti della qualità: strutture, processi ed esiti.
- Promuovere, supportare e verificare i programmi di analisi e monitoraggio del livello di soddisfazione degli utenti, finalizzati alla attivazione di programmi di miglioramento continuo della qualità.
- Attivare forme concrete di partecipazione delle organizzazioni di rappresentanza degli utenti dei risultati del monitoraggio della efficacia efficienza dei servizi e della soddisfazione dell'utente.

**QUALITA' INNOVAZIONE DEI PROCESSI PRODUTTIVI AUDIT INTERNO
PIANO OPERATIVO 2018**



Analisi del contesto

Il territorio provinciale, ai fini dell'erogazione dei servizi alla popolazione è suddiviso in tre distretti sanitari.

- Il Distretto sanitario di Ragusa, comprendente i Comuni di Ragusa, S. Croce Camerina, Giarratana, Monterosso Almo, Chiaramonte Gulfi.
- Il Distretto sanitario di Modica, comprendente i Comuni di Modica, Scicli, Pozzallo, Ispica;
- Il Distretto sanitario di Vittoria, comprendente i Comuni di Vittoria, Comiso, Acate.

Tali distretti sanitari coincidono territorialmente con i distretti socio-sanitari di cui al cap. 7 del D.P. Reg. Sicilia 4 Novembre 2002 e specificatamente D43 Vittoria; D44 Ragusa; D45 Modica. Dal punto di vista della macroorganizzazione l'Azienda comprende due Distretti Ospedalieri ed un'Area Territoriale. I Distretti Ospedalieri sono due:

Il Distretto Ospedaliero Ragusa 1 comprendente gli Ospedali Riuniti "Civile" e "M. Paternò Arezzo".

Il Distretto Ospedaliero Ragusa 2, comprendente gli Ospedali Riuniti "Maggiore" di Modica e "Busacca" di Scicli e gli Ospedali Riuniti "R. Guzzardi" di Vittoria e "Regina Margherita" di Comiso;

L'ASP Ragusa ai fini della stesura del piano per la Qualità ed il Rischio Clinico e più in particolare per la rilevazione delle criticità ha individuato, all'interno degli obiettivi strategici indicati dalla Regione, alcune priorità di intervento, che trovano applicazione nel Piano Qualità Operativo 2016 di seguito descritto.

Quale fonte dati, per la redazione del piano, sono stati utilizzati:

- analisi delle criticità rilevate dall'autovalutazione dei percorsi di umanizzazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (come da check list predisposta dal gruppo di lavoro regionale della qualità percepita);
- risultati delle verifiche gruppo SWR effettuate dagli esperti aziendali presso i Presidi Ospedalieri Guzzardi di Vittoria - Regina Margherita di Comiso - P.O. Maggiore di Modica - PP.OO. Civile Maria Paternò Arezzo di Ragusa;
- segnalazioni di eventi sentinella pervenuti;
- denunce di sinistri;
- Customer satisfaction;
- Valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino

Dall'analisi delle fonti dati sopra citate sono emerse, nell'ambito dei processi assistenziali dell'ASP, alcune criticità da porre sotto controllo al fine di migliorare la gestione dell'intero processo gestionale-assistenziale.

Le criticità emerse costituiranno pertanto obiettivo prioritario del presente piano, e dovranno essere affrontate dai gruppi di lavoro aziendali come da cronoprogrammi allegati.

- corretta compilazione della cartella clinica (10%);
- carenze documentali relativi alla mancata acquisizione del consenso informato al trattamento medico / chirurgico (5%);
- valutazione del dolore (5%);
- valutazione rischio cadute (5%);
- profilassi tromboembolica (3%);
- profilassi antibiotica (5%);
- corretta conservazione e registrazione dei controlli delle scadenze dei farmaci (15%);

Va rilevato che le prevedibili inefficienze organizzative gestionali del sistema, inducono condizioni favorevoli al verificarsi di errori attivi e latenti che possono essere identificati solo attraverso opportune analisi e verifiche dirette (audit).

Le relative e successive azioni correttive producono un miglioramento dei processi, aumentano la sicurezza dei pazienti ed indirettamente riducono i costi, attraverso la riduzione degli eventi avversi prevenibili.

In tale ottica va considerata una criticità il dato riguardante l'attività di audit che copre solo il 63% delle unità operative con posti letto, mentre l'obiettivo dovrebbe riguardare la copertura del 100% delle suddette unità operative.

Le cause vanno ricercate nella carenza di organico della UU.OO. qualità, rischio clinico e accreditamento i cui dirigenti medici debbono ottemperare anche ad altre attività istituzionali non derogabili.

EVENTI AVVERSI – NEAR MISS – SENTINELLA E ATTIVITA' DI VERIFICA ISPETTIVA INTERNA

Nel corso dell'anno 2017 sono stati segnalati, registrati e auditati:

- n° 2 eventi Near Miss;
- n° 20 eventi avversi;
- n° 3 eventi sentinella;
- sono state avviate n° 3 attività di verifica ispettiva interna.

Il sistema sanitario è un sistema complesso nel quale la possibilità di errori non è del tutto eliminabile, nel corso degli anni la UO rischio clinico ha effettuato una mappatura dei rischi attraverso un'analisi critica dei processi interni, dei documenti e delle raccomandazioni prodotte dagli organi istituzionali.

Particolare attenzione è stata prestata al coinvolgimento di tutto il personale sanitario anche mediante adeguati percorsi formativi e incontri con disamina delle criticità e sviluppo di percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali aziendali.

Il raggiungimento di obiettivi quali la qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate, non può prescindere dalla realizzazione di un sistema "integrato" che consenta di gestire le migliori pratiche per la sicurezza del paziente e degli operatori.

In atto nella ASP di Ragusa va registrata una buona implementazione di procedure, protocolli e linee guida a supporto dell'attività diagnostico – terapeutica – assistenziale.

L'attuale criticità va ricercata nella mancanza di tecnologie innovative, integrate nel sistema informativo della struttura sanitaria, che siano di supporto alla gestione delle procedure, alla loro diffusione e alla integrazione con altri sistemi, quali il sistema di gestione per la sicurezza.

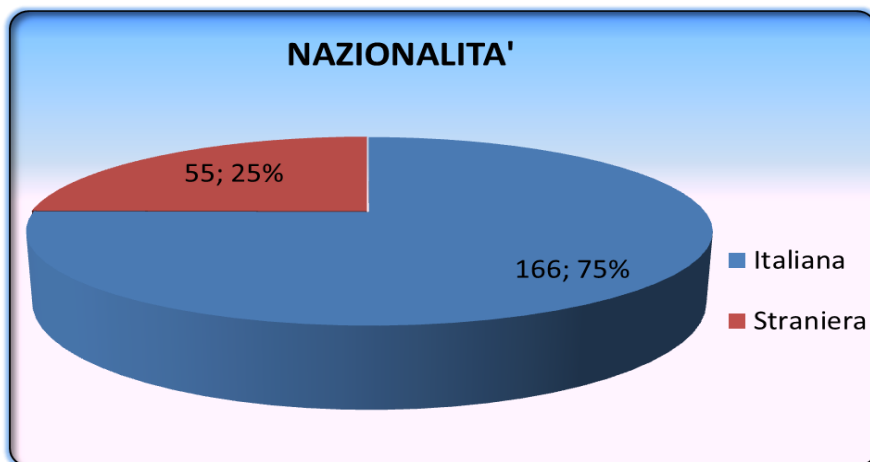
L'obiettivo per il 2018 è la realizzazione di un sistema integrato per la gestione di tutte le procedure aziendali (Qualità, Rischio Clinico, Gestione della Sicurezza, Procedure Amministrative e Gestionali) che, attraverso una migliore gestione delle apparecchiature, delle infrastrutture e del loro controllo permetterebbe una riduzione dei possibili "errori di sistema" e quindi una riduzione del rischio.

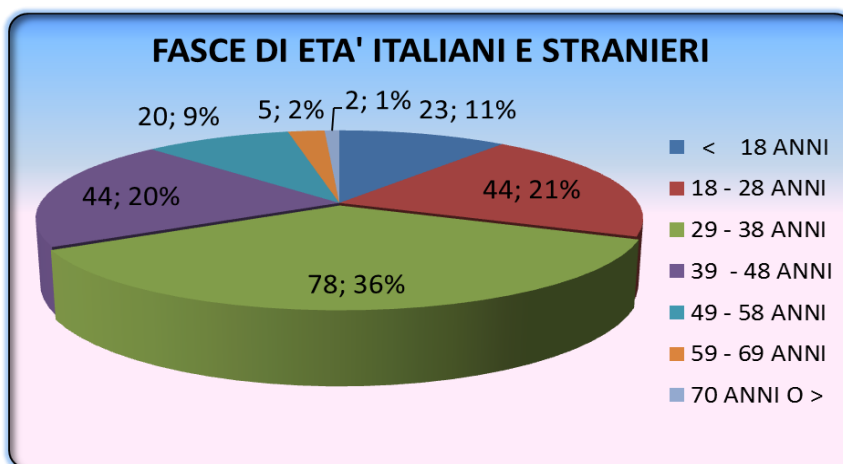
CODICE ROSA

L'ASP Ragusa dal Novembre 2013 ha attivato un percorso privilegiato di accoglienza al Pronto Soccorso dedicato a chi subisce violenza, non solo donne, anche bambini, anziani extracomunitari, omosessuali; tutte quelle persone che possono trovarsi in un situazioni di debolezza e vulnerabilità e i cui segni di violenza subita non sempre risultano evidenti. In data 7 Marzo 2012 con circolare regionale n° 6, l'Assessore alla Sanità Regionale, definiva "esempio di buona prassi" e "best practices", il progetto "codice rosa" e invitava le ASP della Regione Sicilia a predisporre moduli organizzativi appropriati, sul modello del codice rosa elaborato dalla ASP di Ragusa.

L'attività di monitoraggio dei casi tratti dai pronto soccorso della ASP Ragusa è riportata nella tabella allegata; in atto gli unici dati disponibili in Sicilia sono quelli elaborati dalla nostra Azienda.

Va rilevata come criticità la formazione degli operatori dei pronto soccorso che va ricercata nel continuo turnover dei medici incaricati, obiettivo per il 2018 – 19 è quello di continuare l'attività formativa svolta, attivando ulteriori eventi formativi che riguarderanno il 100% degli operatori sanitari coinvolti nel progetto "codice rosa".





PRIVILEGES

Lo scopo del conferimento dei privileges è stato quello di garantire che i trattamenti e le procedure mediche / chirurgiche / strumentali, vengano svolti da professionisti autorizzati sulla base delle proprie competenze cliniche, esperienza e addestramento; garantire al paziente che la prestazione venga effettuata dal medico che ha le competenze per svolgerla, favorire l'aggiornamento e lo sviluppo individuale del medico, motivando i professionisti alla crescita scientifica e professionale. L'applicazione dei privileges impone al dirigente medico lo svolgimento delle attività e/o procedure per le quali è autorizzato.

Il monitoraggio è stato effettuato dai direttori di struttura e della direzione sanitaria di presidio, mediante un controllo annuale a campione sulle cartelle cliniche delle UU OO di cui sono stati definiti i privileges, al fine di verificare che le attività e procedure effettuate siano state eseguite da dirigenti medici con il necessario livello di autonomia.

Nel 2018 – 19 la ASP di Ragusa parteciperà ai programmi formativi promossi dall'Assessorato Regionale alla Sanità, per lo sviluppo delle competenze dei privileges in ambito materno infantile e cardiologico inserendo i relativi report sulla piattaforma Qualitàsicilia SSR.

L'unico punto critico che limita la praticabilità, l'uso e quindi l'efficacia di questo strumento è rappresentato dal numero elevato di dirigenti medici a T.D.

CAVS

Con Decreto 28 dicembre 2011 l'Assessorato per la Salute, nella primaria considerazione che la gestione del contenzioso inerente la responsabilità civile verso terzi rappresenta la parte preponderante dell'attività di gestione dei sinistri di un'azienda sanitaria, ha individuato nell'istituzione del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.) lo strumento gestionale elettivo per una efficiente gestione dei sinistri e delle richieste di risarcimento avente ad oggetto danni derivanti da responsabilità civile verso terzi e verso i dipendenti.

Nello specifico, il C.A.V.S., organismo collegiale e multidisciplinare, svolge le funzioni sotto specificate:

- la gestione diretta dei sinistri rientranti nella franchigia, con la formulazione di pareri sulle richieste risarcitorie e la definizione stragiudiziale delle controversie, ove ne siano sussistenti i relativi presupposti.
- una funzione di risk management laddove, attraverso l'analisi approfondita e la disamina dei sinistri /casi clinici rilevanti e l'attenta valutazione dell'impatto economico, individua le azioni correttive- preventive perché l'accadimento non debba più verificarsi;

Nel corso del 2017 sono state avanzate 61 richieste di risarcimento legate a problematiche di tipo sanitario, 40 sono state trattate dal CAVS. Relativamente ai casi trattati, ove possibile, sono state intraprese le opportune azioni correttive e di miglioramento.

Il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.) superate le difficoltà iniziali, nei due anni di attività (2015-2016), ha consentito di prendere coscienza intrinseca dei sinistri che si verificano nelle UU.OO. Aziendali anche in senso quali-quantitativo, nel recente passato non si aveva contezza di ciò in quanto tutto delegato alle società assicurative.

Il C.A.V.S. ha permesso anche di dare risposte rapide all'utenza e di intraprendere ove necessario rapide azioni correttive procedurali e di miglioramento. Infine ha consentito di costruire un archivio della casistica trattata quale utile riferimento per i nuovi sinistri e per le nuove azioni correttive. L'attività continua protratta negli anni, dovrebbe produrre inevitabilmente una riduzione della sinistrosità.

SISTEMA GLOBAL TRIGGER TOOL

Il miglioramento della Qualità non può prescindere dalla innovazione della pratica clinica mediante processi di revisione delle procedure clinico assistenziali che devono necessariamente mirare alla sicurezza del paziente.

In tale ottica l'Assessorato Regionale alla Salute, ha implementato un progetto dal titolo *“strumenti per migliorare la sicurezza del paziente: monitoraggio global trigger tool, eventi avversi, eventi sentinella per migliorare l'implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti”*.

Il sistema Global Trigger Tool (GTT) è una nuova metodologia di mappatura del rischio clinico e di monitoraggio delle azioni correttive che consiste nell'analisi retrospettiva di campioni significativi di cartelle cliniche, diretta alla ricerca di una serie codificata di indicatori di possibili eventi avversi.

L'ASP RAGUSA, ha aderito al programma di revisione e si avvale di sei componenti il team di verifica GTT e tre coordinatori revisori individuati in tre dirigenti medici operanti in Azienda, tutti opportunamente formati.

Attività di rilevazione GGT anno 2018	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio 2019
Revisione dell' 1% delle cartelle dei dimessi nell'area delle UU.OO. di Rianimazione aziendale a cura dei revisori.													
Autentica degli eventi avversi da parte del coordinatore													
Invio dati mediante piattaforma informatica													
Report attività													

AUDIT INTERNO

All'interno delle organizzazioni sanitarie, l'audit interno mira ad esaminare e valutare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza delle prestazioni erogate.

I report prodotti a seguito dell'audit interno si configurano come indicazioni finalizzate al miglioramento.

La ASP di Ragusa utilizza tale strumento come prassi consolidata, sulla base di direttive della Direzione Generale e/o della Direzione Sanitaria in seguito al verificarsi di eventi che richiedono un approfondimento e sistematicamente per la verifica dei seguenti processi:

- verifica della corretta compilazione della cartella clinica (identificazione e tracciabilità del medico) e della cartella infermieristica;
- verifica della corretta somministrazione del consenso informato all'atto medico;
- verifica della corretta conservazione e registrazione dei controlli delle scadenze dei farmaci;
- verifica della corretta tenuta dei carrelli di emergenza;
- verifica del controllo dei defibrillatori;
- verifica e conoscenza degli operatori delle procedure aziendali in uso;
- verifica della valutazione del dolore;
- verifica della scheda unica di terapia;
- verifica della profilassi antibiotica e tromboembolica;
- verifica relazione di dimissione;
- verifica check-list sala operatoria;
- verifica valutazione rischio cadute.

In tale ottica è stata elaborata una check-list di autovalutazione, attraverso la quale si intende effettuare il monitoraggio delle procedure e linee guida in uso e degli elementi già descritti.

A supporto di tale attività di monitoraggio verranno effettuati audit interni in almeno il 50% delle UU.OO. dei Presidi Ospedalieri Aziendali tesi a verificare la conformità agli standard dichiarati.

Attività di Audit in almeno il 60% delle UU OO dei P.O. nell'anno 2018	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio 2019
Verifica di due cartelle cliniche e infermieristiche a campione													
Verifica carrello di emergenza													
Verifica armadio frigo e armadio farmaci													
Verifica controlli funzionalità defibrillatore													
Intervista al personale sulle procedure in uso													
Verifica compilazione modulo valutazione rischio caduta													
Verifica cartella anestesiologicala													
Report attività													

PRIVILEGES IN AMBITO MATERNO INFANTILE E CARDIOLOGICO

L'alta Direzione, unitamente alla Direzione Sanitaria ha inteso partecipare ai programmi formativi promossi dall'Assessorato per lo sviluppo delle competenze a partire dai privileges in ambito materno infantile e cardiologico.

Il progetto prevede corsi formativi secondo le indicazioni regionali e relativo report secondo lo schema disponibile su piattaforma Qualitàsicilia SSR.

Privileges area Materno Infantile Privileges area Cardiologica	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio 2019
Verifica semestrale della corretta applicazione dei privileges attribuiti da parte della direzione medica di presidio.													
Revisione annuale competenze													

DOLORE CRONICO

A tutti i pazienti deve essere garantito il processo di gestione del dolore attraverso la rilevazione, la misurazione e il relativo trattamento utilizzando gli strumenti contenuti nel programma di cui art. 1 del D. A. del 27.1.2013 "Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico".

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, ospedaliere e territoriali, nonché i medici di medicina generale devono garantire il processo di gestione del dolore inserendo nella documentazione sanitaria le schede di rilevazione e misurazione del dolore.

Le direzioni aziendali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate devono sistematicamente promuovere, diffondere la guida a tutti i professionisti sanitari; attuare audit clinico per il raggiungimento degli standard regionali.

Dolore Cronico	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio 2019
Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore cronico													

VIOLENZA SU DONNE E MINORI

L'alta Direzione della ASP Ragusa ha posto come elemento centrale della propria strategia sanitaria lo sviluppo di iniziative finalizzate a promuovere la salute, ed il raggiungimento di condizioni di benessere psico-fisico della popolazione, interpretando in modo innovativo il ruolo dell'azienda quale solido riferimento del cittadino anche nel "sociale".

L'ASP di Ragusa, dal Novembre 2013, ha attivato un percorso privilegiato di accoglienza al Pronto Soccorso, dedicato a chi subisce violenza, non solo donne, anche bambini, anziani extracomunitari, omosessuali; tutte quelle persone che possono trovarsi in un situazioni di debolezza e vulnerabilità e i cui segni di violenza subita non sempre risultano evidenti.

L'Azienda intende fornire nel rispetto del segreto istruttorio e d'ufficio, nonché delle disposizioni in materia di tutela della riservatezza gli elementi ed i dati necessari alla raccolta e all'elaborazione delle statistiche relative all'andamento del fenomeno, al fine di consentire un costante monitoraggio dello stesso;

L'Alta direzione si impegna a favorire ed incentivare il costante aggiornamento professionale dei componenti della Task Force al fine di garantire un servizio sempre più efficace, efficiente e tecnicamente avanzato per adeguare il lavoro del gruppo alle differenti realtà nelle quali si troveranno ad operare.

Codice Rosa	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio 2019
Monitoraggio accessi in Pronto Soccorso													
Attivazione di corsi di formazione per operatori del PS coinvolti nel processo													

**IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA CLINICHE E PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI (PDTA) SIA IN
 AMBITO OSPEDALIERO CHE TERRITORIALE SECONDO DIRETTIVE REGIONALI**

PDTA	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio 2019
PDTA frattura femore													
PDTA pazienti con Fibrillazione Atriale													
PDTA Scompenso Cardiaco													
PDTA Carcinoma Colon Retto													
PDTA Carcinoma Polmone													
PDTA Pronto Soccorso Paziente con Dolore Toracico													

RISCHIO CLINICO

PIANO OPERATIVO 2018



Obiettivo delle organizzazioni sanitarie è rispondere ai bisogni di salute della popolazione fornendo cure di qualità, appropriate e sicure; in questo senso le istituzioni sanitarie hanno il dovere di fornire a tutte le parti interessate, ed ai propri utenti in particolare, la massima protezione possibile dai danni conseguenti ad errori umani e di sistema.

Il Piano Sanitario Nazionale propone di perseguire, nell'ambito del diritto alla salute, la qualità dell'assistenza sanitaria, aggiungendo che "sempre più frequentemente emerge in sanità l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi ed incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualità e che vanno dagli errori medici alle lunghe liste d'attesa, alle evidenti duplicazioni di compiti e di servizi, alla mancanza di piani formativi del personale, strutturati e documentati, alla mancanza di procedure codificate, agli evidenti sprechi".

La gestione del rischio è da noi intesa come una delle componenti del Sistema Qualità della nostra organizzazione; per questo, uno degli obiettivi che, sin dall'atto della sua istituzione, l'Azienda Sanitaria di Ragusa ha posto al centro delle sue scelte è stato quello di mettere in "sicurezza" quelle fra le attività da lei condotte che possono generare danno.

La Direzione Generale in collaborazione con l'U.O.S. Qualità Rischio Clinico e accreditamento ha individuato fra gli obiettivi principali del proprio operato lo sviluppo di un sistema di governo unitario delle attività che, attraverso l'utilizzo di diverse metodologie, garantisce l'appropriatezza, la qualità e la sicurezza delle prestazioni e dei processi erogati.

Tale intento ha condotto allo sviluppo di un percorso organizzativo gestionale che, a partire dal 2005, ha trovato riscontro in altri atti aziendali, tesi a rispettare l'approccio sistemico ai problemi e a ricondurre ad un unico coordinamento i diversi percorsi attivati nell'area del miglioramento della qualità e del controllo del rischio.

I diversi percorsi sino ad oggi intrapresi in Azienda, dall'implementazione di un sistema di gestione per la qualità, alla certificazione ISO, all'applicazione dei requisiti dell'accreditamento all'eccellenza, alla rispondenza dei requisiti previsti dall'accreditamento istituzionale sino alla gestione del rischio clinico, presentano così una stretta correlazione in termini di contenuti, aree di intervento e metodologie applicate.

La gestione del rischio clinico e lo sviluppo di una attività di Risk Management sono intesi come un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi, sia attuali che potenziali, con l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare gli outcomes ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili.

Nel 2005 è stato costituito un Comitato Aziendale per la sicurezza del paziente nell'ambito delle strutture sanitarie, nel 2010 è stata istituita la figura del Responsabile Aziendale per il rischio clinico, dando così seguito ai relativi D.A. dell'Assessorato Regionale Siciliano alla Salute.

L'approccio all'errore che caratterizza il percorso aziendale è il passaggio da una visione centrata sull'individuo come unico colpevole ad una centrata sull'organizzazione come prima responsabile. L'attività di Risk Management crea i presupposti affinché l'organizzazione sia attrezzata a ridurre al minimo i margini di errore e faccia tesoro di quanto si può imparare dall'evento indesiderato attivando percorsi virtuosi di miglioramento continuo e riduzione dei margini di rischio.

OBIETTIVI

Il Percorso Aziendale di Risk Management ha attivato un sistema di gestione del rischio che ha avuto come obiettivi iniziali:

- Definire ed organizzare il flusso informativo relativo al rischio
- Elaborare ed interpretare i dati del rischio
- Valutare la dimensione del rischio ospedaliero generale e clinico
- Analizzare gli eventi potenzialmente causa di danno
- Gestire la comunicazione delle informazioni relative al rischio ospedaliero
- Attivare azioni correttive
- Attivare azioni preventive

Concretamente le aree di sviluppo del progetto sono:

A. Sensibilizzazione e coinvolgimento delle strutture aziendali:

- Diffusione obiettivi e contenuto del percorso,
- Gestione dell'informazione relativa al rischio ed integrazione fra i servizi aziendali interessati,
- Formazione del personale impegnato.

B. Mappatura del rischio e definizione flussi informativi per la gestione del rischio:

- Mappatura del rischio,
- Gestione ed analisi dei dati con individuazione delle aree di intervento.

C. Gestione del rischio:

- Gestione dei sinistri,
- Messa a regime di un'attività integrata di "internal auditing" a supporto del risk management,
- Attivazione di azioni di miglioramento, individuazione delle azioni preventive e correttive,
- Definizione della struttura organizzativa complessiva gestionale del rischio a livello aziendale,
- Autovalutazione del rischio in emergenza urgenza e nelle aree ritenute più critiche secondo raccomandazioni ministeriali.

Nello sviluppo delle diverse fasi del progetto sono stati individuati alcuni campi d'intervento ritenuti prioritari:

- La gestione e la struttura della documentazione clinica.
- Il consenso informato.
- L'informazione all'utenza.
- L'informazione agli operatori.
- La tracciabilità degli atti, le relative responsabilità e i percorsi di documenti e materiali.
- I flussi di comunicazione fra le diverse aree e professioni coinvolte nei processi di cura.
- La sicurezza in sala operatoria.
- La manutenzione ed il corretto utilizzo delle apparecchiature.
- La gestione dell'emergenza clinica
- STU e cartella infermieristica
- Gestione e Utilizzo dei Farmaci

- Prevenzione e Controllo delle Infezioni
- La sicurezza dei punti nascita
- L'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali

Mappatura del rischio e definizione flussi informativi per la sua gestione

Una corretta ed aggiornata mappatura del rischio all'interno dell'organizzazione non può prescindere dalla chiara definizione dei dati da raccogliere e monitorare. Come presupposto quindi per l'effettiva gestione dei rischi aziendali è stato necessario individuare un flusso di dati tali da fornire indicazioni continue sul livello e sulle aree di rischio. A questo fine è apparso indispensabile partire da quanto già disponibile verificando la completezza dei dati, i punti di forza e di debolezza del sistema.

Definiti i dati raccolti bisogna che, al fine di disporre di una base di elementi in entrata alle analisi adeguata ed attendibile, sia garantito il continuo afflusso ed aggiornamento dei dati stessi. In sintesi bisogna effettuare una riprogettazione del flusso di raccolta dei dati.

Mappatura del rischio

L'Ospedale è da considerarsi come uno dei modelli organizzativi più complessi, sicuramente più di qualsiasi altra tipologia di azienda. Non solo è una struttura gerarchicamente e politicamente articolata, aperta tutto il giorno per tutto l'anno a tutti, ad alta professionalità e contenuto tecnologico, ma è anche sede di tutti i possibili rischi (chimico, biologico, nucleare, elettrico.....).

Grossolanamente nella struttura ospedaliera si possono individuare come prevalenti fra le diverse tipologie di rischio le seguenti: Rischio clinico o del paziente, Rischio lavorativo o degli operatori, Rischio tecnologico, Rischio strutturale, Rischio economico finanziario, Rischio ambientale. Per ognuna di queste aree è effettuata, quando non già disponibile e secondo criteri di priorità ed opportunità, una valutazione del rischio collegato.

La mappatura del rischio avviene attraverso diverse attività e con l'utilizzo di diversi strumenti metodologici: Studio del contenzioso e del reclamo, Analisi dei processi e dei percorsi mediante Failure Mode and Effect Analysis e tecniche ISO, Osservazione sul campo (internal auditing), Segnalazione volontaria, Costruzione di tavole aziendali di attività a rischio. Parte della mappatura del rischio clinico è già stata effettuata nell'ambito delle attività condotte dal risk management aziendale. Sono stati, nel corso del lavoro svolto, individuati tre gruppi di dati relativamente all'insorgenza di eventi indesiderati:

- ciò che è accaduto,
- ciò che a giudizio degli stessi operatori potrebbe accadere,
- ciò che a giudizio di osservatori terzi potrebbe accadere.

In rapporto a questi gruppi di dati sono state individuate tre categorie di attività a rischio:

- il rischio realizzato (eventi che sono accaduti),
- il rischio percepito (attività ed aree in cui il rischio d'insorgenza di eventi indesiderati fonte potenziale di danno è stato descritto dagli operatori),
- il rischio potenziale (attività ed aree in cui il rischio d'insorgenza di eventi indesiderati fonte potenziale di danno è stato descritto da osservatori esterni).

Nello sviluppo del progetto sono state previste:

- Analisi dei dati raccolti.
- Individuazione delle aree critiche ed errori nella casistica a disposizione.
- Valutazione delle modalità sino ad oggi adottate di utilizzo degli strumenti di auto-segnalazione e loro diffusione.
- Individuazione in via definitiva delle modalità di raccolta delle informazioni relative agli eventi indesiderati non oggetto di contenzioso.
- Riprogettazione degli strumenti, individuando i percorsi definitivi e le aree di maggior interesse.
- Attivazione di gruppi di lavoro per l'approfondimento e la valutazione del rischio in aree di maggior peso (anestesia e rianimazione, pronto soccorso chirurgia, neonatologia e sala parto, ortopedia ecc...).

PIANO DELLE ATTIVITÀ

Analisi del Contesto

Ai fini della stesura del piano per la Qualità ed il Rischio Clinico e più in particolare per la rilevazione delle criticità, quale fonte dati sono state utilizzati:

- I risultati dei safety walkaround effettuate nel corso del 2017 dal gruppo di esperti aziendali presso le UU.OO.CC. con posti letto degli Ospedali Riuniti Civile-Arezzo di Ragusa, Guzzardi e R. Margherita di Vittoria-Comiso, Maggiore e Busacca di Modica - Scicli;
- I report dell'autovalutazione dei direttori delle UU.OO.CC. aziendali;
- Le segnalazioni di eventi sentinella pervenute;
- Le denunce di sinistri;
- I reclami e le segnalazioni pervenuti agli Uffici Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.

Dall'analisi delle fonti dati sopra citate sono emerse, nell'ambito dei processi assistenziali dell'Azienda, alcune criticità da porre sotto controllo al fine di migliorare la gestione dell'intero processo assistenziale e l'azione gestionale. Le criticità emerse costituiranno pertanto le priorità, obiettivo del presente piano, e dovranno essere affrontate dai gruppi di lavoro aziendali nel corso dell'anno 2016.

Safety Walkaround

Dai giri per la sicurezza effettuati dagli esperti aziendali e dai report di autovalutazione sono emerse criticità su:

- Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza dei Pazienti,
- Consenso informato nelle aree a maggiore rischio,
- Valutazione e gestione del dolore,
- Foglio unico di terapia (STU),
- Segnalazione degli eventi avversi e dei near miss,
- Definizione delle competenze dei professionisti (job description e privileges)
- Monitoraggio attività con indicatori di performance nelle aree a maggiore rischio,
- Completezza della compilazione della documentazione Sanitaria.
- Gestione e Utilizzo dei Farmaci
- Prevenzione e Controllo delle Infezioni
- Cartella infermieristica aziendale

Eventi Sentinella

Dal settembre 2010 a tutt'oggi è attivo il flusso SIMES, che peraltro ha costituito obiettivo per la Direzione Strategica Aziendale, per la segnalazione di eventi sentinella e di eventi avversi. Gli eventi sono segnalati al Ministero della Salute ed all'Assessorato Regionale della Salute ed è eseguita, con la collaborazione degli operatori interessati, un'analisi dei fattori che possono aver contribuito al determinarsi dell'evento, al fine di implementare le necessarie azioni di miglioramento.

L'analisi di tali eventi ha fatto emergere le seguenti criticità:

- modalità di applicazione della check list di sala operatoria;
- procedura per la prevenzione delle cadute;
- comunicazione medico-medico;
- comunicazione operatori-caregivers;

OBIETTIVI

In relazione ai dati analizzati e alle criticità sopra evidenziate, ed in ragione delle priorità individuate anche a seguito dei SWR effettuati dagli esperti aziendali, nel corso degli anni precedenti sono stati definiti i seguenti obiettivi di sicurezza del paziente, redatte e approvate le relative procedure, a tutt'oggi sono costantemente monitorate circa la corretta applicazione in tutte le UU.OO. Aziendali. **La U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento si propone di continuare il monitoraggio e la diffusione anche per il 2018 per:**

1. Implementare la corretta identificazione del paziente (IPSG 1)
2. Migliorare l'efficacia della comunicazione (IPSG 2)
3. Migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio (IPSG 3) (solo elettroliti concentrati)
4. Garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta (IPSG 4);
5. Ridurre il Rischio di Infezioni associate all'assistenza sanitaria (IPSG 5)
6. Ridurre il rischio di danno al paziente in seguito a caduta (IPSG 6)
7. Garantire la sicurezza dei pazienti nell'attività di trasporto secondario e assicurarne la continuità assistenziale ed il trasferimento appropriato dei pazienti ad altra struttura;
8. Garantire i criteri per l'ammissione e la dimissione dei pazienti in terapia intensiva;
9. Assicurare l'informazione ai pazienti ed ottenerne il consenso informato prima di interventi chirurgici o procedure ad alto rischio;
10. Garantire i criteri per la pianificazione dell'anestesia/sedazione nei pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico;
11. Assicurare l'adeguato monitoraggio del paziente nella fase di risveglio;
12. Estendere l'utilizzo della scheda unica di terapia (STU) a tutte le Unità operative Aziendali;
13. Assicurare la valutazione del dolore in tutte le UU.OO. Aziendali;
14. Implementare la nuova cartella infermieristica in tutte le UU.OO. Aziendali;
15. Implementare il monitoraggio degli eventi sentinella, avversi e dei near miss e l'attuazione delle azioni correttive;
16. Implementare la procedura per la gestione e l'utilizzo dei farmaci compresi quelli ad alto rischio;
17. Implementare la prevenzione e il controllo delle infezioni;
18. Implementare la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;
19. Implementare la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
20. Implementare la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto nei punti nascita aziendali;
21. Implementare le linee guida per l'utilizzo dei mezzi di contenzione;
22. Implementare la procedura per prevenire gli errori di terapia con farmaci antineoplastici;

La U.O. Qualità Rischio Clinico e Accreditamento nel corso del 2018 si propone di implementare nelle UU.OO. aziendali le seguenti nuove procedure per la sicurezza del paziente:

1. Definire la procedura per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne;
2. Definire la procedura per il triage in Pronto Soccorso;
3. Definire la procedura per l'accoglienza in Pronto Soccorso;
4. Implementare la Sicurezza dei punti nascita Aziendali;
5. Definire la procedura per la riconciliazione della terapia farmacologica;
6. Monitoraggio corretta applicazione check-list di sala operatoria;
7. Implementare l'attività di auditing nelle UU.OO. aziendali con posti letto a partire dalla piattaforma PNE (Programma Nazionale Esiti).
8. Implementare la buona pratica Handover all'interno degli ospedali e tra ospedali e territorio.

Obiettivo n° 1 (International Patient Safety Goal N°1) identificazione corretta del paziente

Scopo

- Prevenire gli errori nella identificazione del paziente e della procedura cui deve essere sottoposto.
- Identificare con affidabilità che l'individuo sia la persona a cui il trattamento o il servizio siano destinati.
- Far corrispondere servizio e trattamento a quello programmato per un dato individuo.
- Definire le modalità di identificazione dei pazienti non collaboranti.

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna unità operativa aziendale.
- Diffusione di procedure e di istruzioni operative per l'identificazione del paziente ad opera dei gruppi di lavoro dedicati.
- Formazione del personale.

Indicatore

- N° di pazienti adulti e pediatrici e/o non collaboranti con braccialetto identificativo/totale dei pazienti adulti e pediatrici e/o non collaboranti
- N° persone formate/totali invitati in ciascuna U.O. aziendale

Valore atteso

- 95% dei pazienti identificato tramite braccialetto
- 90% del personale sanitario di ciascuna U.O. deve avere frequentato almeno un corso di diffusione interno sulla identificazione del paziente.

Monitoraggio

Check-list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

- N° di pazienti adulti e pediatrici e/o non collaboranti con braccialetto identificativo/totale dei pazienti adulti e pediatrici e/o non collaboranti pari al 96,58 %.

Comunicazione

Invio semestrale check-list di autovalutazione a Direzione Sanitaria Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio, Responsabili Controllo Gestione, Rischio Clinico-Qualità

Cronoprogramma 2018

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione procedure e istruzioni operative per l'identificazione del paziente ad opera del gruppo di lavoro costituito												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 2 (International Patient Safety Goal N°2) Migliorare l'efficacia della comunicazione

Scopo

Prevenire gli errori di comunicazione.

La prescrizione e/o la comunicazione dovrà avvenire esclusivamente via mail. La prescrizione e/o il risultato dell'esame vengono confermati dalla persona che li ha comunicati.

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna unità operativa aziendale.
- Modifica della procedura aziendale esistente.
- Diffusione di procedure e di istruzioni operative per migliorare l'efficacia della comunicazione ad opera del gruppo di lavoro dedicato.
- Formazione del personale.

Indicatore

N° di mail di comunicazioni interne / N° pazienti ricoverati

Valore atteso

Il 10% delle comunicazioni deve avvenire mediante mail

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Comunicazione

Invio semestrale check list di autovalutazione a Direzione Sanitaria Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio, Responsabili Controllo Gestione, Rischio Clinico-Qualità

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Modifica e Diffusione procedura e istruzioni operative per migliorare l'efficacia della comunicazione ad opera del gruppo di lavoro costituito												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 3 (International Patient Safety Goal N°3) Migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio

Scopo

Ridurre l'errore nell'utilizzazione di soluzioni elettrolitiche concentrate; Standardizzare le fasi del processo, dalla richiesta di approvvigionamento alle modalità di preparazione e somministrazione; Promuovere l'impiego di soluzioni prediluite; Assicurare la disponibilità delle soluzioni elettrolitiche concentrate solo nelle strutture autorizzate. Sensibilizzare gli operatori sanitari relativamente alle procedure potenzialmente pericolose; Fornire strumenti efficaci per di ridurre i rischi di errori.

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna unità operativa aziendale.
- Diffusione di procedure e di istruzioni operative per migliorare la sicurezza nell'uso degli elettroliti concentrati farmaci ad alto rischio ad opera del gruppo di lavoro dedicato.
- Formazione del personale.

Indicatore

N° di strutture che conservano correttamente gli elettroliti concentrati/Totale delle strutture autorizzate alla detenzione degli elettroliti concentrati.

Valore atteso

Il 95 % delle strutture controllate conservano correttamente gli elettroliti concentrati e i farmaci pericolosi.

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento .

Risultato Raggiunto

Il 96,58 % delle strutture controllate conservano correttamente gli elettroliti concentrati e i farmaci pericolosi.

Comunicazione

Invio semestrale di check list di autovalutazione a Direzione Sanitaria Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio, Responsabili Controllo Gestione, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma 2018

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione procedure e istruzioni operative per migliorare la sicurezza nell'uso degli elettroliti concentrati ad opera del gruppo di lavoro costituito												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 4 (International Patient Safety Goal N°4) Assicurare l'identificazione del sito chirurgico, del paziente da sottoporre ad intervento e la corretta procedura chirurgica

Scopo

Assicurare la corretta identificazione del paziente da sottoporre ad intervento chirurgico;
Migliorare l'efficacia della comunicazione; Garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna unità operativa aziendale.
- Diffusione procedura aziendale per la gestione del rischio nei processi di sala operatoria e check list in tutti i blocchi operatori dell'azienda ad opera del gruppo di lavoro dedicato.
- Formazione degli operatori.

Strumento

Procedura per la gestione del rischio nei processi di sala operatoria
Check list di sala operatoria

Indicatore

N° di cartelle cliniche in cui è presente la check list di sala operatoria/totale delle cartelle cliniche esaminate;

Valore atteso

>= 95%

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) e controllo a campione di cartelle ad opera della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditemento.

Risultato Raggiunto

N° di cartelle cliniche in cui è presente la check list di sala operatoria/totale delle cartelle cliniche esaminate pari al 96,58%.

Comunicazione

Invio semestrale di check list di autovalutazione a Direzione Sanitaria Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio, Responsabili Controllo Gestione, Rischio Clinico - Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione procedure e istruzioni operative Procedura sala operatoria e check list ad opera del gruppo di lavoro costituito												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 5 (International Patient Safety Goal N°5) Attivare il programma “Clean Care is Safe Care”

Scopo

Ridurre il rischio di infezioni associate all’assistenza sanitaria

Definire le responsabilità

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna unità operativa aziendale.
- Diffusione della procedura per il lavaggio delle mani ad opera del gruppo di lavoro dedicato
- Formazione degli operatori

Strumento

Check list dell’osservatore (Coordinatore infermieristico)

Indicatore

N° osservato lavaggio mani / n° di lavaggio delle mani atteso secondo procedure

Valore atteso

$\geq 75\%$

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

N° osservato lavaggio mani / n° di lavaggio delle mani atteso secondo procedure pari al 96,58%.

Comunicazione

Invio semestrale di check list di autovalutazione a Direzione Sanitaria Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio, Responsabili Controllo Gestione, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione ed estensione procedura lavaggio delle mani ad opera del gruppo di lavoro costituito												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 6 (International Patient Safety Goal N°6) Ridurre il rischio di danno al paziente a seguito di caduta

Scopo

Identificare i pazienti a rischio caduta

Identificare le misure necessarie a ridurre il rischio

Metodologia

- Gruppo di lavoro multidisciplinare in ogni U.O. Aziendale
- Diffusione procedura aziendale per la gestione del rischio collegato alla caduta del paziente ad opera del gruppo di lavoro dedicato
- Formazione del personale

Strumento

Procedura aziendale per la gestione del rischio collegato alla caduta del paziente

Scala di valutazione rischio cadute

Indicatore

N° cartelle infermieristiche con corretta valutazione rischio caduta /cartelle infermieristiche esaminate

Valore atteso

>=90%

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) e controllo a campione di cartelle infermieristiche ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

N° cartelle infermieristiche con corretta valutazione rischio caduta /cartelle infermieristiche esaminate
Pari al 96,58%.

Comunicazione

Invio semestrale di check list di autovalutazione a Direzione Sanitaria Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio, Responsabili Controllo Gestione, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione procedure e istruzioni operative per la gestione del rischio collegato alla caduta del paziente ad opera del gruppo di lavoro costituito												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 7 (standard JCI: ACC 4 e ACC 5) (standard JCI: ACC. 4.2) Garantire la sicurezza dei pazienti nell'attività di trasporto secondario e assicurarne la continuità assistenziale ed il trasferimento appropriato dei pazienti ad altra struttura

Scopo

Assicurare che il trasporto medico sia conforme a leggi o regolamenti. Assicurare che il trasferimento sia attuato secondo una specifica politica aziendale e si basi sui bisogni di assistenza continuativa del paziente.

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna U.O. Aziendale
- Diffusione della procedura aziendale per il trasporto secondario dei pazienti
- Formazione degli operatori

Strumento

Procedura aziendale per il trasporto secondario dei pazienti

Schede di trasporto

Schede di manutenzione degli automezzi

Indicatore

N° pazienti trasferiti sulla base dei criteri individuati in procedura / totale dei pazienti trasferiti

Valore atteso

N° pazienti trasferiti sulla base dei criteri individuati in procedura / totale dei pazienti trasferiti $\geq 90\%$

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround** e controllo a campione di cartelle ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

N° pazienti trasferiti sulla base dei criteri individuati in procedura / totale dei pazienti trasferiti pari al 94,87%.

Comunicazione

Report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio, Responsabili Controllo Gestione, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione della procedura aziendale per il trasporto secondario dei pazienti e istruzioni operative ad opera del gruppo di lavoro costituito												
Monitoraggio												
Formazione del Personale di U.O												

Obiettivo n° 8 (standard JCI: ACC 1.4) Definire i criteri per l'ammissione e la dimissione dei pazienti dalle terapie intensive

Scopo

Utilizzo appropriato dei PP.LL. di terapia intensiva.

Ridurre i trasferimenti dei pazienti in altri ospedali per indisponibilità di PPLL nei presidi dell'Azienda.

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna U.O. di terapia intensiva dell'Azienda
- Diffusione della procedura aziendale per l'ammissione e la dimissione dei pazienti dalle terapie intensive
- Formazione degli operatori

Strumenti

Procedura aziendale per l'ammissione e la dimissione dei pazienti dalle terapie intensive

Adozione schede di ammissione e dimissione dei pazienti

Indicatore

N° pazienti ammessi sulla base dei criteri individuati in procedura / totale dei pazienti ammessi

N° pazienti dimessi sulla base dei criteri individuati in procedura / totale dei pazienti dimessi

Valore atteso

$\geq 90\%$

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) e controllo a campione di cartelle ad opera della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

N° pazienti ammessi sulla base dei criteri individuati in procedura / totale dei pazienti ammessi pari al 95,7%

N° pazienti dimessi sulla base dei criteri individuati in procedura/ totale dei pazienti dimessi pari al 95,7%

Comunicazione

Invio semestrale di check list di autovalutazione a Direzione Sanitaria Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio, Controllo Gestione, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione procedure e istruzioni operative per l'ammissione e la dimissione dei pazienti dalle terapie intensive												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 9 (Standard JCI : PFR 6 e seguenti) Assicurare l'informazione ai pazienti ed ottenerne il consenso informato prima di interventi chirurgici o procedure ad alto rischio

Scopo

Assicurare informazioni chiare e complete al paziente, al tutore e/o agli aventi diritto.

Definire chi è deputato a fornire informazioni al paziente, al tutore e/o agli aventi diritto.

Definire un elenco delle categorie e/o delle tipologie di trattamento e procedure che richiedono uno specifico consenso informato in ciascuna U.O.

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna U.O. aziendale
- Procedura aziendale del consenso informato secondo linee guida del D.A. Regione Sicilia del 22.06.2006
- Applicazione della procedura presso tutte le UU.OO. dell'azienda

Strumento

Procedura consenso informato

- Estendere a tutti i Presidi Ospedalieri dell'azienda il modello unico di consenso informato redatto secondo le linee guida del D.A. Regione Sicilia del 22.06.2006

Redazione schede informative

Formazione degli operatori

Indicatore

Completezza della compilazione delle schede di consenso informato /totale schede di consenso informato valutate nel corso dell'audit

Valore atteso

>=90%

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza annuale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround** ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

Completezza della compilazione delle schede di consenso informato /totale schede di consenso informato valutate nel corso dell'audit pari al 96,5%.

Comunicazione

Invio Check list di autovalutazione annuale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Gruppo di lavoro in ogni U.O.												
Revisione procedura e istruzioni operative consenso informato												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 10 (Standard JCI: ASC 3 - 4 - 5) Definire i criteri per la pianificazione dell'anestesia/sedazione nei pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico

Scopo

Identificare il tipo di anestesia/sedazione

Identificare il metodo di somministrazione

Identificare i farmaci da utilizzare

Identificare le procedure di monitoraggio

Identificare il trattamento pre e post-anestesia/sedazione

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna U.O. aziendale di anestesia e rianimazione
- Applicazione della procedura presso tutti i presidi ospedalieri dell'azienda

Strumento

Procedura aziendale per la pianificazione della anestesia/sedazione

Formazione degli operatori

Indicatore

N° schede anestesilogiche in cui sono indicati i criteri contenuti nella procedura/totale schede anestesilogiche valutate

Valore atteso

>=80%

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

N° schede anestesilogiche in cui sono indicati i criteri contenuti nella procedura/totale schede anestesilogiche valutate pari al 96,5%.

Comunicazione

Invio check list di autovalutazione a cadenza semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Gruppo di lavoro U.O.												
Diffusione procedura pianificazione anestesia e istruzioni operative												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 11 (Standard JCI: ASC 6) Assicurare l'adeguato monitoraggio del paziente nella fase di risveglio

Scopo

Monitoraggio dei pazienti nell'area di risveglio e successivo invio ai reparti di degenza o alle aree di assistenza intensiva o semi-intensiva

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna U.O. aziendale di anestesia e rianimazione
- Implementazione procedura aziendale per la pianificazione della anestesia
- Applicazione della procedura presso tutti i presidi dell'azienda

Strumento

Procedura aziendale per la pianificazione della anestesia

Formazione degli operatori

Indicatore

N° di schede anestesiolgiche in cui è indicata l'ora di dimissione, l'anestesista che dimette dall'area di risveglio, le condizioni del paziente a risveglio/schede anestesiolgiche valutate

Valore atteso

90%

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Comunicazione

Invio report semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO, Rischio Clinico-Qualità

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Gruppo di lavoro U.O. anestesia e rianimazione												
Implementazione procedura pianificazione anestesia												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 12 Estendere l'utilizzo della scheda unica di terapia a tutte le unità operative aziendali

Scopo

Ridurre il rischio nella gestione della terapia
Ridurre gli errori collegati alla prescrizione
Ridurre gli errori collegati alla posologia
Ridurre gli errori collegati alla via di somministrazione
Ridurre gli errori collegati alla trascrizione ripetuta
Tracciabilità delle azioni svolte
Favorire la comunicazione fra operatori
Definire le responsabilità
Individuare il medico prescrittore
Individuare l'operatore che ha effettuato la terapia

Metodologia

- Gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare
- Revisione modello Scheda Unica di Terapia
- Adattamento modello scheda unica di terapia a tutte le UU.OO. aziendali

Strumento

Scheda Unica di Terapia aziendale
Formazione degli operatori

Indicatore

N° di Unità Operative che hanno adottato la Scheda Unica di Terapia/ Totale delle Unità Operative Aziendali

Valore atteso

>=90%

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

N° di Unità Operative che hanno adottato la Scheda Unica di Terapia/ Totale delle Unità Operative Aziendali pari al 95,7%.

Comunicazione

Check list di autovalutazione semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO, Rischio Clinico-Qualità

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Attività gruppo di lavoro aziendale												
Revisione ed estensione procedura scheda unica terapia												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 13 Assicurare la valutazione del dolore in tutte le UU.OO. Aziendali

Scopo

Fornire un'adeguata valutazione e gestione del sintomo dolore per gli utenti che accedono delle UU.OO. aziendali e in MCAU. Fornire indicazioni al personale sulla gestione di questi pazienti.

Garantire omogeneità e efficacia delle prestazioni erogate da tutti gli Operatori sanitari delle UU.OO. aziendali, per la gestione del dolore nell'utente adulto e pediatrico. Introdurre la scala di valutazione numerica verbale VAS. Introdurre la rivalutazione del dolore durante la permanenza dell'utente nelle UU.OO. aziendali, con documentazione su cartella.

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna U.O. aziendale
- Applicazione della procedura presso tutti i presidi dell'azienda

Strumento

Procedura aziendale per la gestione del dolore

Formazione degli operatori

Indicatore

N° di UU.OO. che hanno adottato la procedura per la valutazione del dolore / Totale di UU.OO. aziendali

Valore atteso

$\geq 90\%$

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

N° di UU.OO. che hanno adottato la procedura per la valutazione del dolore / Totale di UU.OO. aziendali, pari al 96,5%.

Comunicazione

Check list autovalutazione semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Gruppo di lavoro in ogni U.O. aziendale												
Diffusione procedura valutazione del dolore												
Monitoraggio												
Formazione del Personale												

Obiettivo n° 14 Implementare la nuova cartella infermieristica in tutta le UU.OO.

Scopo

Assicurare il monitoraggio del paziente

Metodologia

- Gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare
- Applicazione della cartella presso tutti i presidi dell'azienda
- Formazione operatori

Strumento

Formazione degli operatori

Indicatore

N° di UU.OO. che utilizzano la cartella infermieristica / N° UU.OO. aziendali

Valore atteso

>= 90%

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

N° di UU.OO. che utilizzano la cartella infermieristica / N° UU.OO. aziendali pari al 95,08%.

Comunicazione

Check list autovalutazione semestrale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO,Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Monitoraggio												
Formazione del Personale												

Obiettivo n° 15 Implementare la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss

Scopo

Implementare la procedura aziendale per la segnalazione e la gestione di eventi avversi;

Implementare azioni utili a tutela della qualità e sicurezza nelle UU.OO. dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa;

Favorire il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari per garantire il miglioramento continuo della qualità delle cure e della sicurezza del paziente.

Metodologia

- Sensibilizzare tutti gli operatori delle UU.OO. Aziendali alla cultura della segnalazione per mezzo di un sistema di "Incident Reporting" basato sulla segnalazione spontanea di un evento, inteso come accadimento connesso ad un insuccesso (potenziale – quasi incidente – o che ha causato danni – incidente).
- La procedura prevede l'indicazione della tipologia dell'evento da segnalare, colui che segnala e le modalità e gli strumenti per la segnalazione (*cosa, chi, a chi, come segnalare*).

Strumento

Procedura aziendale per la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss.

Formazione degli operatori.

Indicatore

N° di UU.OO. che hanno adottato la procedura per la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss / Totale di UU.OO aziendali

Valore atteso

>=85%

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

N° di UU.OO. che hanno adottato la procedura per la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss / Totale di UU.OO aziendali pari al 96,5%.

Comunicazione

Check list semestrale di autovalutazione a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Gruppo di lavoro in ogni U.O. aziendale												
Diffusione della procedura												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 16 Definire la gestione e l'utilizzo dei farmaci compresi quelli ad alto rischio

Scopo

La gestione dei farmaci è una componente importante nella gestione e nel trattamento preventivo, sintomatico, terapeutico e palliativo di malattie e patologie. La gestione dei farmaci abbraccia tutto il sistema e tutti i processi utilizzati dall'organizzazione per assicurare le terapie farmacologiche ai propri pazienti. Si tratta di un'attività coordinata e multidisciplinare svolta dal personale dell'organizzazione sanitaria, che vede l'applicazione dei principi della progettazione, dell'implementazione e del miglioramento di processi efficaci alla selezione, all'approvvigionamento, alla conservazione, alla prescrizione/richiesta, trascrizione, distribuzione, preparazione, dispensazione, somministrazione, documentazione e monitoraggio delle terapie farmacologiche.

Metodologia

L'organizzazione aziendale introduce la procedura per la gestione e l'utilizzo dei farmaci compresi quelli ad alto rischio, descrive il processo di gestione dei farmaci nelle Articolazioni Organizzative dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.

Strumento

Procedura aziendale per la gestione e l'utilizzo dei farmaci compresi quelli ad alto rischio Formazione degli operatori

Indicatore

N° di UU.OO aziendali che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali in cui la procedura è applicabile

Valore atteso

>=80%

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione annuale (dicembre 2016) (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Risultato Raggiunto

N° di UU.OO aziendali che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali in cui la procedura è applicabile pari al 93,1%.

Comunicazione

Check list di autovalutazione dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO, Rischio Clinico- Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione della procedura ad opera di gruppo di lavoro in ogni U.O. aziendale												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 17 Prevenzione e Controllo delle Infezioni

Scopo

L'obiettivo del programma di prevenzione e controllo delle infezioni dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa consiste nell'identificare e ridurre i rischi di acquisizione e trasmissione delle infezioni tra i pazienti, il personale ospedaliero, i professionisti sanitari, gli operatori a contratto, i volontari, gli studenti e i visitatori.

I rischi di infezione e le attività del programma possono variare da un ospedale all'altro, a seconda delle attività e delle prestazioni cliniche erogate, della popolazione di riferimento, dell'ubicazione geografica, della tipologia e del volume di pazienti e del numero di dipendenti.

Metodologia

La procedura per la prevenzione e il controllo delle infezioni identifica i responsabili dei gruppi di lavoro per ciascuno ospedale dell'azienda, gli operatori e le metodologie di identificazione e risoluzione proattiva dei rischi di infezione, politiche e procedure appropriate, la formazione del personale e il coordinamento trasversale su tutta l'organizzazione.

Strumento

Procedura aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni.

Formazione degli operatori

Indicatore

N° di Ospedali aziendali che applicano correttamente la procedura/ N. Totale degli ospedali aziendali.

Valore atteso

>=90%

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2018) ad opera del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliero).

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione della procedura ad opera di gruppo di lavoro in ogni U.O. aziendale												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 18 Prevenire l'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati

Scopo

L'obiettivo del programma di prevenzione si pone come supporto alla corretta gestione dei pazienti che necessitano di cure odontoiatriche e che hanno assunto, stanno assumendo o dovranno assumere bifosfonati in ambito oncologico in ottemperanza della Raccomandazione Ministeriale n°10 del settembre 2009.

Metodologia

La procedura per prevenire l'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati identifica i responsabili nel gruppo di lavoro del Dipartimento oncologico dell'azienda, gli operatori e le metodologie di identificazione e risoluzione proattiva dei rischi di osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati, politiche e procedure appropriate, la formazione del personale e il coordinamento trasversale su tutta l'organizzazione.

Strumento

Procedura aziendale per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola.

Formazione degli operatori

Indicatore

N° UU.OO. aziendali che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali interessate.

Valore atteso

$\geq 95\%$

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2018) ad opera del Capo Dipartimento Oncologico.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione della procedura ad opera di gruppo di lavoro in ogni U.O. aziendale												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 19 Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori

Scopo

L'obiettivo del programma è di prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.

Gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte.

Metodologia

La procedura per la prevenzione di atti di violenza contro gli operatori identifica i gruppi di lavoro per ciascuno ospedale dell'azienda, gli operatori e le metodologie di identificazione e risoluzione proattiva dei rischi di violenza, politiche e procedure appropriate, la formazione del personale e il coordinamento trasversale su tutta l'organizzazione.

Strumento

Procedura aziendale per la prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori.

Formazione degli operatori

Indicatore

N° di UU.OO aziendali che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali in cui la procedura è applicabile.

Valore atteso

$\geq 80\%$

Risultato Raggiunto

N° di UU.OO aziendali che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali in cui la procedura è applicabile pari al 85,47%.

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2018) ad opera delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Capi Distretto Territoriali.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione della procedura ad opera di gruppo di lavoro in ogni U.O. aziendale												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 20 Prevenire la morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto

Scopo

La mortalità e la morbosità materna correlate al travaglio e/o parto sono fenomeni sempre più rari nei paesi socialmente avanzati. Tuttavia, i comitati sulla mortalità materna, istituiti in diversi paesi europei, rilevano un'incidenza del fenomeno maggiore di quanto le notifiche riportino e stimano che circa la metà delle morti materne rilevate potrebbe essere evitata grazie a migliori standard assistenziali.

L'obiettivo del programma è ridurre la mortalità materna correlata al travaglio e/o parto all'interno delle strutture ospedaliere deve incoraggiare l'adozione di appropriate misure *assistenziali* e *organizzative* per evitare o minimizzare l'insorgenza di eventi avversi nell'assistenza al parto e al post-partum in modo da ridurre la mortalità potenzialmente evitabile.

Metodologia

La procedura per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto identifica i gruppi di lavoro per ciascuno ospedale dell'azienda. Ogni struttura ospedaliera deve dotarsi di **protocolli e percorsi assistenziali** scritti, basati sulle prove di efficacia disponibili e condivisi tra tutti gli operatori sanitari coinvolti. Tali protocolli devono prevedere l'integrazione con il territorio, nell'ottica di favorire la continuità assistenziale al percorso nascita, la raccolta anamnestica completa, i ricoveri appropriati per livello di punto nascita e le modalità di trasporto in caso di emergenza ostetrica. gli operatori e le metodologie di identificazione e risoluzione proattiva dei rischi di violenza, politiche e procedure appropriate, la formazione del personale e il coordinamento trasversale su tutta l'organizzazione.

Strumento Procedura aziendale per prevenire la morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto: Formazione degli operatori

Indicatore

N° di Ospedali/Distretti territoriali aziendali che applicano correttamente la procedura/Totale degli Ospedali/Distretti territoriali Aziendali.

Valore atteso

>=90%

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2018) ad opera del Capo Dipartimento Materno-Infantile.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Diffusione della procedura ad opera di gruppo di lavoro in ogni U.O. aziendale												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 21 Implementare la procedura per l'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica per i pazienti

Scopo

I mezzi di contenzione si possono definire come “meccanismi o tecniche di limitazione delle possibilità di movimento di un soggetto, attuati quasi sempre dopo il consenso informato dell'utente o del suo legale rappresentante, con mezzi fisici e/o farmacologici”.

Il ricorso alla contenzione fisica e farmacologia deve essere un evento straordinario e motivato e non metodica abituale. La procedura ha lo scopo di definire un percorso che permetta un uso limitato in alcuni casi ben definiti dove non esistono altre alternative assistenziali.

Metodologia

La procedura definisce come devono essere adottati i provvedimenti di contenzione fisica presso le UU.OO. Aziendali, gli interventi, sia fisici sia farmacologici in situazioni di effettiva e comprovata emergenza legate ad auto eterolesionismo oppure a comprovato rischio di caduta.

Strumento

Procedura aziendale per definire l'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica dei pazienti.

Formazione degli operatori

Indicatore

N° di UU.OO. aziendali che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali.

Valore atteso

>=80%

Risultato Raggiunto

N° di UU.OO. aziendali che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali in cui la procedura è applicabile pari al 87,1%.

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2018) ad opera dei Direttori Sanitari dei presidi ospedalieri.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione della procedura ad opera di gruppo di lavoro in ogni U.O. aziendale												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 22 Implementare la procedura per prevenire gli errori di terapia con farmaci antineoplastici

Scopo

A causa della elevata tossicità dei farmaci antineoplastici e del loro basso indice terapeutico, gli errori in corso di terapia oncologica determinano danni molto gravi anche alle dosi approvate. Pertanto, è necessario avere a disposizione indicazioni, condivise ed uniformi in tutto l'ambito aziendale, mirate alla prevenzione di tali errori.

Definire una procedura per dare un riferimento agli operatori sanitari coinvolti nella gestione dei farmaci antineoplastici e nell'informazione al paziente circa gli obiettivi di salute e i benefici attesi dai trattamenti. Un'informazione corretta e completa rappresenta lo strumento cardine di un'alleanza terapeutica strategica al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure.

Metodologia

La procedura per prevenire gli errori di terapia con farmaci antineoplastici identifica i responsabili del gruppo di lavoro per i Dipartimenti Oncologico e Farmaceutico ospedaliero dell'azienda, gli operatori e le metodologie di identificazione e risoluzione proattiva dei rischi di

di errore è presente in tutto il processo di gestione dei farmaci antineoplastici (*approvvigionamento, immagazzinamento, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione*): per questo, i Dipartimenti aziendali interessati devono elaborare una procedura, condivisa con gli operatori sanitari, monitorata e aggiornata periodicamente, che riporti tutte le indicazioni necessarie per evitare errori in terapia e garantire sicurezza e qualità delle cure.

E' importante analizzare tutte le fasi della filiera del farmaco antineoplastico e in maniera particolare quelle nelle quali è più stretto il legame tra paziente, operatore sanitario e farmaco, vale a dire prescrizione, preparazione e somministrazione. Al riguardo, per ciascuna fase, l'analisi deve essere condivisa, standardizzata e periodicamente aggiornata e le relative istruzioni devono essere scritte e risultare sempre disponibili per la consultazione di tutto il personale a cui sono destinate.

Strumento

Procedura aziendale per la prevenzione degli errori di terapia con farmaci antineoplastici.

Formazione degli operatori

Indicatore

N° UU.OO. aziendali interessate che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali interessate alla procedura.

Valore atteso

>=95%

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2018) ad opera del Capo Dipartimento Oncologico.

Risultato Raggiunto

N° UU.OO. aziendali interessate che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali interessate alla procedura pari al 100%.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione della procedura ad opera di gruppo di lavoro in ogni U.O. aziendale												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

NUOVE PROCEDURE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Obiettivo n° 1 (standard JCI: MCI 18) Procedura per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne

Scopo

Lo scopo della procedura è fornire conoscenze uniformi sul funzionamento dell'organizzazione, definire le modalità di controllo sulle politiche e sulle modalità di attuazione tenendo presenti le seguenti fasi:

- a) Verifica e approvazione di tutte le politiche e le procedure da parte di un soggetto autorizzato prima dell'emissione.
- b) Il processo e la frequenza per la revisione e il rinnovo dell'approvazione di politiche e procedure.
- c) I controlli volti a garantire che solo le versioni correnti e aggiornate di politiche e procedure siano disponibili in tutti i luoghi di effettivo utilizzo.
- d) Identificazione delle modifiche apportate a politiche e procedure.
- e) Gestione dell'identità dei documenti e loro leggibilità.
- f) Processo per la gestione di politiche e procedure provenienti dall'esterno.
- g) Conservazione di politiche e procedure obsolete almeno per i tempi imposti dalla legislazione e dalla normativa, assicurando al contempo che le stesse non vengano utilizzate erroneamente.
- h) Identificabilità e tracciabilità di tutte le politiche e le procedure in uso nell'organizzazione.

Il sistema di tracciabilità permette di identificare ogni documento per titolo, data di emissione, numero e data di revisione e/o data della versione corrente, numero di pagine, soggetto che ne ha autorizzato l'emissione e/o che ha verificato il documento e l'identificativo del database (laddove applicabile).

Esistenza un processo per garantire che tutto il personale abbia letto e conosca le politiche e le procedure di loro competenza.

Metodologia

- Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare
- Produzione e diffusione della procedura per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne.
- Applicazione della procedura da parte della leadership aziendale

Strumento

Procedura aziendale per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne

Indicatore

Redazione e approvazione della procedura da parte della leadership aziendale

Valore atteso

Implementazione della procedura in tutte le UU.OO. Aziendali

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza annuale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Comunicazione

Invio di check list di autovalutazione annuale a Direzione Sanitaria Aziendale, DMPO, Rischio Clinico- Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro in ogni U.O. aziendale												
Revisione della letteratura												
Diffusione procedura e istruzioni operative												
Formazione del personale												
Monitoraggio												

Obiettivo n° 2 Procedura per il triage al Pronto Soccorso

Scopo

- accoglienza degli utenti che afferiscono presso il Pronto Soccorso;
- identificazione e riconoscimento delle priorità di accesso alle prestazioni;
- determinazione dell'area di trattamento più idonea;
- regolamentazione del flusso dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso;
- valutazione continua e rivalutazione dei pazienti che attendono in Pronto Soccorso;
- erogazione di informazioni relative agli utenti in carico al Pronto Soccorso.

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna unità operativa aziendale
- Diffusione della procedura per il triage ad opera del gruppo di lavoro dedicato
- Formazione degli operatori

Strumento

- numero mensile ed annuale di accessi suddivisi per codice di priorità assegnato;
- numero mensile ed annuale di utenti avviati a percorsi brevi

Indicatore

- n° di schede di Triage correttamente compilate (secondo procedura) / n° totale di schede di triage compilate;

Valore atteso

>=90%

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Comunicazione

Invio semestrale di check list di autovalutazione a Direzione Sanitaria Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio, Responsabili Controllo Gestione, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Diffusione della procedura ad opera di gruppo di lavoro nelle UU.OO. aziendali interessate												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 3 Procedura per l'accoglienza in Pronto Soccorso

Scopo

Dare risposte uniformi a :

- bisogni sanitari-clinici
- bisogni sociali
- bisogni comunicativi/informativi

Metodologia

- Gruppo di lavoro in ciascuna unità operativa aziendale
- Diffusione della procedura per l'accoglienza in Pronto Soccorso ad opera del gruppo di lavoro dedicato
- Formazione degli operatori

Strumento

- numero mensile ed annuale di accessi accolti conformemente alla procedura;

Indicatore

- n° di pazienti accolti correttamente (secondo procedura) / n° totale di pazienti che si sono presentati al P.S.;

Valore atteso

>=90%

Monitoraggio

Check – list di autovalutazione a cadenza semestrale (Direttori UU.OO.) e successiva verifica con SWR (**Safety walkaround**) ad opera della della U.O.S Qualità Rischio Clinico e Accreditamento.

Comunicazione

Invio semestrale di check list di autovalutazione a Direzione Sanitaria Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio, Responsabili Controllo Gestione, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Diffusione della procedura ad opera di gruppo di lavoro nelle UU.OO. aziendali interessate												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 4 Implementare la Sicurezza dei Punti Nascita Aziendali

Scopo

Promuovere il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.

L'obiettivo è di migliorare il livello dei LEA, gli indicatori di efficacia, efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate per garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini.

Metodologia

Promuovere un processo di riqualificazione del percorso materno infantile attraverso l'implementazione del personale dedicato, la sua formazione e la riorganizzazione dei punti nascita.

Ogni punto nascita aziendale deve dotarsi di **protocolli e percorsi assistenziali** scritti, basati sulle prove di efficacia disponibili e condivisi tra tutti gli operatori sanitari coinvolti. Tali protocolli devono prevedere l'integrazione con il territorio, nell'ottica di favorire la continuità assistenziale al percorso nascita e le modalità di trasporto in caso di emergenza ostetrica.

Strumento

Gruppo di lavoro dedicato coordinato dal capo Dipartimento Materno-infantile.

Indicatore

N° di punti nascita aziendali che applicano correttamente le linee guida regionali e aziendali/Totale dei punti nascita Aziendali.

Valore atteso

>=90%

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2018) ad opera del Capo Dipartimento Materno-Infantile.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Diffusione della procedura ad opera di gruppo di lavoro in ogni punto nascita aziendale												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 5 Definire la procedura per la riconciliazione della terapia farmacologica

Scopo

L'obiettivo della procedura è la prevenzione degli errori in terapia nei momenti in cui il paziente viene ricoverato o dimesso o trasferito tra UU.OO. dello stesso ospedale o ad altra struttura ospedaliera o territoriale, in ottemperanza della Raccomandazione Ministeriale n°17 del dicembre 2014.

Metodologia

La procedura per la riconciliazione della terapia farmacologica identifica i responsabili nel gruppo di lavoro del Dipartimento di medicina interna dell'azienda, gli operatori e le metodologie di identificazione e risoluzione proattiva dei rischi di errori in terapia, politiche e procedure appropriate, la formazione del personale e il coordinamento trasversale su tutta l'organizzazione.

Strumento

Procedura aziendale per la riconciliazione della terapia farmacologica.

Formazione degli operatori

Indicatore

N° UU.OO. aziendali che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali interessate.

Valore atteso

>=90%

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2018) ad opera del Capo Dipartimento area medica.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Diffusione della procedura ad opera di gruppo di lavoro nelle UU.OO. aziendali interessate												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 6 Monitoraggio corretta applicazione check list di sala operatoria

Scopo

Aumentare l'adesione agli standard di sicurezza in sala operatoria tramite il monitoraggio del corretto l'utilizzo della check list in tutte le UU.OO. chirurgiche aziendali.

Metodologia

Osservazione diretta sulla corretta applicazione della check list con operatori opportunamente formate.

Strumento

Check list di sala operatoria

Formazione degli operatori

Indicatore

N° UU.OO. aziendali chirurgiche che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali interessate.

Valore atteso

>=90%

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2018) ad opera del Capo Dipartimento area chirurgica.

Risultato Raggiunto

N° UU.OO. aziendali chirurgiche che applicano correttamente la procedura/Totale delle UU.OO. aziendali interessate pari al 96,5%.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Diffusione del monitoraggio ad opera di gruppo di lavoro nelle UU.OO. aziendali interessate												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 7 Implementare l'attività di auditing nelle UU.OO. aziendali con posti letto a partire dalla piattaforma PNE (Programma Nazionale Esiti)

Scopo

Aumentare l'adesione agli Audit clinici a partire dal PNE al fine di valutare la performance delle UU.OO. aziendali attraverso la valutazione degli out come.

Metodologia

Programmi formativi dedicati su attività di auditing.

Strumento

Audit clinico

Formazione degli operatori

Indicatore

N° UU.OO. aziendali con posti letto che applicano correttamente l'attività di auditing/Totale delle UU.OO. aziendali con posti letto.

Valore atteso

>=60%

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2018) ad opera dei Capi Dipartimento area medica e chirurgica.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Diffusione dell'attività ad opera di gruppo di lavoro nelle UU.OO. aziendali interessate												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 8 Introduzione della buona pratica Handover all'interno degli ospedali aziendali e tra ospedali e territorio

Scopo

La pratica ha lo scopo di gestire in modo sicuro, efficace ed efficiente la continuità clinica e assistenziale al momento del trasferimento di un paziente da un servizio ospedaliero ad altro servizio ospedaliero con diverso livello di cure o ad un servizio territoriale.

Metodologia

formazione di "handover team" nelle coppie di servizi interessati alla transizione target, composti da almeno un medico ed un infermiere.

Strumento

Buona pratica Handover
Formazione degli operatori

Indicatore

N° UU.OO. aziendali con posti letto che applicano la buona pratica Handover/Totale delle UU.OO. aziendali con posti letto.

Valore atteso

>=20%

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2018) ad opera dei Capi Dipartimento area medica, chirurgica, Emergenza e Direttori dei Distretti Territoriali.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2018 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro aziendale												
Revisione della letteratura												
Diffusione dell'attività ad opera di gruppo di lavoro nelle UU.OO. aziendali interessate												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

TERMINI E DEFINIZIONI

Approvazione: autorizzazione all'applicazione del documento e definizione della data di entrata in vigore; prevede la valutazione dell'adeguatezza dei contenuti tecnico-operativi dei documenti e della conformità degli stessi alla normativa cogente.

Accessibilità: la possibilità per gli utenti di accedere e/o utilizzare i servizi, nel luogo e nei tempi appropriati, in funzione dei bisogni e indipendentemente dalle caratteristiche individuali, sociali ed economiche.

Accreditamento: processo formale attraverso il quale un ente o un organismo valuta, riconosce ed attesta che un servizio o un'istituzione corrispondano a standard predefiniti.

Accreditamento volontario: (detto anche accreditamento professionale tra pari)

Processo promosso autonomamente da gruppi professionali e da società scientifiche, al fine di garantire un costante adeguamento dei livelli professionali.

Accreditamento istituzionale: riconoscimento pubblico del possesso dei requisiti previsti dagli standard nazionali/regionali per i potenziali erogatori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale/regionale.

Analisi delle barriere : metodo strutturato per correlare gli eventi alle insufficienze del sistema che studia le barriere che possono prevenire o ridurre un evento indesiderato.

Analisi delle cause profonde (o cause radice) (Root Cause Analysis)

Metodologia di indagine sistematica per la ricerca ed identificazione dei fattori primari che causano variazioni della performance o che contribuiscono al verificarsi di un evento avverso.

Serve ad indagare le radici di un problema, al fine di identificare le soluzioni più appropriate.

Essa comprende:

- la determinazione di fattori umani e di altra natura
- la determinazione dei processi e sistemi correlati
- l'analisi, attraverso una serie di perché, dei sottostanti sistemi di causa effetto
- l'identificazione dei rischi e dei loro determinanti
- la determinazione dei potenziali miglioramenti nei processi e nei sistemi

Per essere affidabile l'analisi deve:

- prevedere la partecipazione dei dirigenti e di tutti gli operatori coinvolti
- essere coerente in tutte le fasi
- fare riferimento alla letteratura

Nella effettuazione della analisi vanno tenute in considerazione le 5 regole seguenti:

- debbono essere chiare le relazioni di causa ed effetto
- non devono essere usati, nelle descrizioni, attributi negativi che non spiegano adeguatamente i fenomeni (es. inadeguato, povero)
- ogni errore umano deve essere associato alla relativa causa
- ogni deviazione dalle procedure deve essere associata alla relativa causa
- devono essere considerate nell'analisi solo le azioni formalmente previste

Analisi delle modalità e degli effetti della vulnerabilità del sistema (FMEA)

Metodologia di identificazione e valutazione dei rischi attuata in 5 fasi, condotta preferibilmente

da un gruppo multidisciplinare, 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.

Sulla base dei risultati della analisi viene prodotto il piano di azione per identificare, ridurre e prevenire l'impatto di potenziali fattori di rischio. La **FMEA** è un metodo di valutazione qualitativa, basato sull'analisi simultanea delle vulnerabilità (fattori di rischio) del sistema, delle

relative conseguenze e dei fattori associati ad esse. L'attribuzione di un indice di rischio, in base

alla stima della gravità delle relative conseguenze, della loro probabilità di accadimento e della possibilità di essere rilevato, consente un confronto anche quantitativo (in tal caso viene denominata FMECA.)

L'applicazione della FMEA all'ambito sanitario viene denominata HFMEA (Health Failure Mode and Effect Analysis)

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, 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 adattativi 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, 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.

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. Ciò richiede conoscenze, attitudini, appropriati atteggiamenti e abilità intellettuali e psicomotorie.

Competenza del personale: capacità di eseguire una prestazione secondo gli standard di qualità richiesti dal sistema. Il giudizio di competenza include: conoscenza ed abilità clinica, capacità di giudizio, unitamente a capacità di comunicazione, condotta personale ed etica professionale.

Competenza del paziente: capacità di affrontare le situazioni che riguardano il suo processo assistenziale, ad es. prendere decisioni, fornire o rifiutare il consenso.

Consenso informato

Processo con cui il paziente o chi lo rappresenta (genitori, tutore), sulla base delle informazioni ricevute rispetto ai rischi e benefici che derivano dal sottoporsi o meno ad un atto medico, fornisce il suo consenso alla esecuzione delle stesse. Per garantire il "consenso informato" gli operatori debbono fornire le sufficienti informazioni sul trattamento proposto e le alternative possibili per permettere al paziente di esercitare autonomamente e consapevolmente la scelta, che, se del caso, deve essere documentata (forma scritta o prova testimoniale).

Cultura della Responsabilità (just culture)

La cultura della responsabilità è 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 forniscano informazioni essenziali ad essa correlate. Una "cultura della responsabilità" riconosce che il singolo professionista non deve essere ritenuto responsabile per difetti del sistema, su cui non ha controllo, ma non ammette comportamenti coscientemente imprudenti, rischiosi per i pazienti o gravemente scorretti

Cultura della sicurezza

Impegno per la sicurezza che coinvolge tutti i livelli di un'organizzazione, dalla direzione al personale in prima linea. Modello integrato di comportamenti individuali ed organizzativi basato su convinzioni e valori condivisi volto a promuovere la sicurezza dei pazienti. I fondamenti sono:

- conoscenza dei rischi delle attività;
- ambiente che favorisca la segnalazione degli errori da parte degli operatori, senza timore di biasimo e punizioni;
- collaborazione a tutti i livelli, per cercare soluzioni alle vulnerabilità;
- impegno dell'intera organizzazione, a partire dalla direzione, ad investire risorse nella Sicurezza

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

Disabilità: qualsiasi tipo di alterazione di parte del corpo o di una sua funzione che comporta una limitazione delle attività e/o una restrizione alla partecipazione alla vita sociale

Empowerment del paziente

Processo con cui il paziente viene aiutato ad acquisire consapevolezza circa la propria salute e ad assumerne piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura, condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti

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

Errori attivi: azioni o decisioni pericolose commesse da coloro che sono in contatto diretto con il paziente. Sono più facilmente individuabili, hanno conseguenze immediate

Errori latenti: condizioni presenti nel sistema determinate da azioni o decisioni manageriali, da norme e modalità organizzative e quindi correlate ad attività compiute in tempi e spazi lontani rispetto al momento e al luogo reale dell'incidente. Un errore può restare latente nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidente solo quando si combina con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso

Errore di commissione: errore che si verifica come risultato di un'azione che non doveva essere eseguita

Errore di esecuzione

Fallimento degli obiettivi prefissati a causa di una errata esecuzione di azioni, adeguatamente pianificate. Spesso accadono nell'esecuzione automatica di compiti di routine.

Errore d'attenzione o di percezione (slip)

Errore nell'esecuzione di una sequenza di azioni dovuto ad un deficit di attenzione o di Percezione

Errore di memoria (lapse)

Errore dovuto a deficit di memoria

Errore di giudizio (mistake)

Incorre nella formulazione di un giudizio, si manifesta nei processi inferenziali coinvolti nella analisi di un problema, nella selezione di un obiettivo o nella esplicitazione dei mezzi per raggiungerlo. Può essere dovuto o a scelta di regole errate o a conoscenze inadeguate.

Errore di omissione: mancata esecuzione di un'azione che doveva essere eseguita.

Errore di pianificazione (mistake)

Mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati a causa di una errata pianificazione.

Errore in terapia: Qualsiasi errore che si verifica nel processo di gestione del farmaco e può essere rappresentato (**medication error**) da:

Errore di prescrizione Riguarda sia la decisione di prescrivere un farmaco sia la scrittura della prescrizione

Errore di trascrizione/ interpretazione Riguarda la errata comprensione di parte o della totalità della prescrizione medica e/o delle abbreviazioni e/o di scrittura

Errore di etichettatura/confezionamento Riguarda le etichette ed il confezionamento che possono generare scambi di farmaci

Errore di allestimento/preparazione Avviene nella fase di preparazione o di manipolazione di un farmaco prima della somministrazione (per esempio diluizione non corretta, mescolanza di farmaci incompatibili), può accadere sia quando il farmaco è preparato dagli operatori sanitari sia quando è preparato dal paziente stesso

Errore di distribuzione Avviene nella fase di distribuzione del farmaco, quando questo è distribuito dalla farmacia alle unità operative o ai pazienti

Errore di somministrazione Avviene nella fase di somministrazione della terapia, da parte degli operatori sanitari o di altre persone di assistenza, o quando il farmaco viene assunto autonomamente dal paziente stesso

Esito (Outcome): modificazione delle condizioni di salute come prodotto degli interventi sanitari erogati.

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 (Adverse event)

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

Evento avverso da farmaco (Adverse drug event)

Qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono:

eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi da

farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "reazioni **Evento evitato (Near miss o close call)**

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 (Sentinel event)

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.

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Fallimento delle difese/controllo

Il venir meno della capacità dei dispositivi o delle procedure di controllo o delle barriere di Protezione.

Farmaci ad alto rischio

Sono quei farmaci che hanno un rischio elevatissimo di provocare danni significativi ai pazienti quando vengono usati in modo inappropriato.

Farmacovigilanza: insieme di attività finalizzate alla valutazione continuativa di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare, per tutti i farmaci in commercio, un rapporto rischio/beneficio favorevole per la popolazione.

Fattori favorenti: fattori antecedenti all'evento, che ne favoriscono il verificarsi o ne aggravano l'esito. Talvolta sono usati come sinonimi di errori latenti.

Fattori mitiganti: fattori, identificabili sia in azioni che in omissioni, anche casuali e fortuiti, che possono alleviare o minimizzare un esito altrimenti più grave.

Fattori umani: termine utilizzato come sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti.

Gestione del farmaco

L'insieme dei processi interdipendenti che condividono l'obiettivo di sicurezza, efficacia, appropriatezza ed efficiente erogazione della terapia farmacologica ai pazienti. I principali processi di questo sistema sono: selezione e approvvigionamento, stoccaggio, prescrizione e trascrizione, preparazione e distribuzione, somministrazione e monitoraggio degli effetti, smaltimento.

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 (Scally G, Donaldson L J, BMJ, 4 July 1998).

Gravità: misura del danno conseguente ad un evento avverso effettuata sulla base di scale predefinite.

Guasto: la cessazione della capacità di una tecnologia biomedica, ovvero di un suo accessorio, ad eseguire una delle funzioni richieste.

Hazard: fonte potenziale di danno.

Lapsus: errori di esecuzione che risultano da azioni compiute diversamente rispetto all'intenzione a causa di deficit di memoria.

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.

La loro adozione consente di ridurre la variabilità nella pratica clinica e migliorare gli esiti.

Misura del rischio: valutazione statistica della correlazione tra il fenomeno osservato ed una o più variabili (fattori di rischio).

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

Near miss: (vedi Evento evitato).

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.

Reazione avversa a farmaco (Adverse Drug Reaction)

Risposta ad un farmaco, indesiderata, involontaria, nociva e non prevenibile, che si verifica alle dosi normalmente usate nell'uomo per la profilassi, la diagnosi, la terapia o per ripristinare, correggere o modificare le funzioni fisiologiche.

Reclamo

Espressione di una insoddisfazione nei confronti di una prestazione sanitaria, relativamente al risultato atteso, che può essere avanzata sia in forma orale che scritta e può essere rilevata attraverso flussi informativi specifici o indagini ad hoc, al fine sia di tutelare la salute dei cittadini sia di garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari.

Rischio (Risk)

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

Segnalazioni obbligatorie (Mandatory reporting)

Sistemi di segnalazione istituiti e/o regolamentati da norme che prevedono la rilevazione di specifici eventi avversi.

Segnalazioni volontarie (Voluntary reporting)

Sistemi di segnalazione, non regolati da norme, caratterizzati dalla rilevazione spontanea di qualunque tipo di evento avverso.

Sicurezza del paziente (Patient safety)

Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

Sicurezza nell'uso dei farmaci (Medication safety)

Insieme di azioni adottate, nel percorso di gestione del farmaco, per evitare, prevenire o correggere gli eventi avversi che possono derivare dall'uso di farmaci.

Sistema

Complesso di fattori intercorrelati, umani e non, che interagiscono per raggiungere uno scopo comune. Per sistema sanitario si intende l'insieme delle attività il cui scopo primario è quello di promuovere, recuperare o mantenere lo stato di salute.

Sistemi ad alta affidabilità

Sistemi ed organizzazioni che operano in condizioni di elevato rischio ma che hanno pochi selezionati eventi avversi, quali ad esempio i sistemi di controllo del traffico aereo e gli impianti di produzione di energia nucleare. Nella letteratura sulla sicurezza del paziente, le organizzazioni ad alta affidabilità vengono considerate per la capacità di garantire prestazioni efficaci e di sicurezza con risultati vicini ad errore zero (e non soltanto superiori alla media) nonostante operino in ambienti imprevedibili ed in organizzazioni intrinsecamente rischiose.

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, con le seguenti caratteristiche:

- 1) non punitivo: chi segnala non è oggetto di ritorsioni o punizioni, come risultato della propria segnalazione;
- 2) confidenziale: l'identità del paziente, di chi segnala e delle istituzioni coinvolte non è mai rivelata a terzi;
- 3) indipendente: il sistema non dipende da alcuna autorità con potere di punire chi segnala o l'organizzazione coinvolta nell'evento;
- 4) analizzato da esperti: le segnalazioni sono valutate da esperti in grado di capire le circostanze e formati per riconoscere le cause sistemiche sottostanti;
- 5) tempestivo: le segnalazioni sono analizzate tempestivamente e le raccomandazioni sono diffuse rapidamente tra gli interessati, specialmente nel caso di eventi gravi;
- 6) orientato al sistema: fornisce informazioni al fine di produrre raccomandazioni per il cambiamento nei sistemi, nei processi o nei prodotti;
- 7) rispondente: chi raccoglie le segnalazioni deve essere in grado di diffondere le raccomandazioni e promuoverne l'applicazione nell'organizzazione.

Sorveglianza (Surveillance)

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. Nel caso specifico degli eventi avversi vengono considerati anche i reclami degli utenti e i procedimenti legali in corso.

Stakeholders

Portatori di interessi, soggetti che influenzano a qualche titolo in processo o il sistema considerato. In sanità si considerano, tra gli altri: la utenza dei servizi, le organizzazioni dei cittadini, le associazioni di volontariato, la comunità, i dipendenti e le loro organizzazioni, gli amministratori pubblici, i fornitori, gli assicuratori.

Valutazione del rischio (Risk assessment)

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. Per assicurare la considerazione di tutti i rischi è utile adottare un approccio multidisciplinare.

LISTA DI DISTRIBUZIONE

- DIREZIONE GENERALE
- DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE
- DIRETTORE AMMINISTRATIVO
- COMITATO CONSULTIVO AZIENDALE
- DIRETTORI SANITARI PRESIDI OSPEDALIERI
- DIRETTORI UU. OO.
- A TUTTO IL PERSONALE AZIENDALE TRAMITE PUBBLICAZIONE SUL SITO WEB AZIENDALE
- ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
- APPROVATO CON DELIBERA N° DEL

INDICE

Premessa	pag. 3
Scopo	pag. 5
Missione istituzionale	pag. 5
Riferimenti normativi	pag. 6
Principi ispiratori	pag. 7
Metodologia	pag. 7
Principi ispiratori del sistema organizzativo – gestionale	pag. 8
Struttura organizzativa U.O.S. Qualità Rischio Clinico e Accreditamento	pag. 9
Compiti e funzioni	pag. 9
Obiettivi strategici di riferimento del Piano Sanitario Regionale	pag. 12
Piano Operativo 2018 – Qualità	pag. 13
Analisi del contesto	pag. 14
Attività svolta nel 2017 e da svolgere nel 2018	pag. 15
Piano Operativo 2018 - Rischio clinico	pag. 27
Il rischio nella struttura sanitaria aziendale	pag. 28
Piano delle attività	pag. 32
Obiettivi	pag. 33
Termini e definizioni	pag. 84
Lista di distribuzione	pag. 92