



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

UFFICIO

**Piazza Nicola Leotta, 4
90127 Palermo**

U.O.S. Gestione Qualità e Rischio Clinico

**Resp. Dott. ssa M. L. Marsala
Dott.ssa F. Randazzo
Dott.ssa M. R. Amato
Dott.ssa M. A. Aspanò
Dott.ssa G. Focarino**

Telefono

091 6662259

FAX

091 6662642

EMAIL

mariagrazia.laura.marsala@arnascivico.it

rischioclinico@arnascivico.it

Attività 2022 dell'Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico

L'Unità Operativa Semplice dello Staff della Direzione Generale dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, "Gestione Qualità e Rischio Clinico" (GQRC), focalizzandosi sui processi organizzativi ed assistenziali, sulla qualità delle prestazioni e sulla sicurezza dei pazienti, progetta, promuove e realizza le azioni di miglioramento nel rispetto delle direttive aziendali, in sintonia con le altre unità operative dello Staff, coinvolgendo gli operatori e, laddove appropriato o necessario, gli utenti.

Si precisa che nel corso del 2022, a seguito del collocamento a riposo del Responsabile della UOS Dott. Capodicasa dal 1 febbraio 2022, è stata individuata quale Responsabile della UOS la scrivente Dott.ssa Maria Grazia Laura Marsala con decorrenza dal 16 marzo.

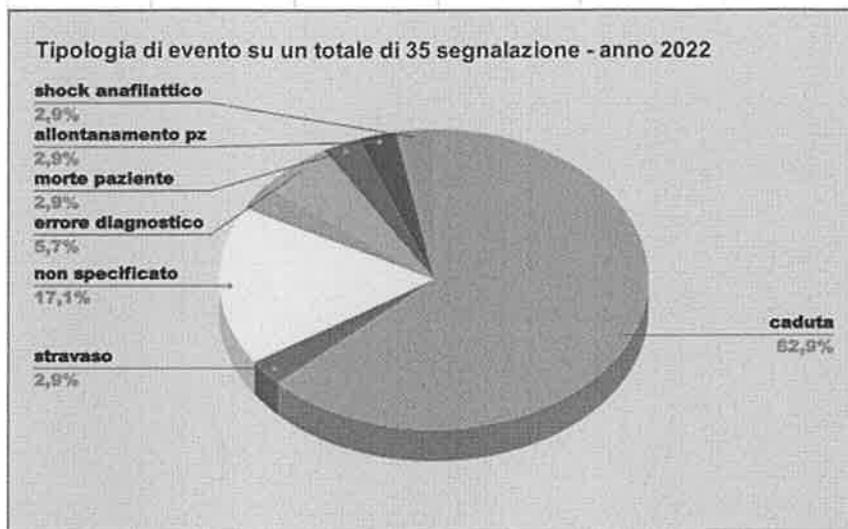
L'U.O. scrivente si avvale della collaborazione della Dott.ssa Filomena Randazzo, della Dott.ssa Maria Rita Amato, della Dott.ssa Maria Antonietta Aspanò e della Dott.ssa Giulia Focarino che partecipano attivamente alle attività sopraelencate.

Le principali attività svolte dall'U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico nel 2022 sono descritte di seguito

1. Alimentazione Flusso SIMES (D.A. del 23/12/2009 GURS n.3 del 22/1/2010)

1.1.1 Alimentazione Flusso Simes per Eventi sentinella (Incident Reporting)

Tutti gli **Eventi Sentinella** segnalati e giudicati tali sono stati inseriti sulla piattaforma nazionale dedicata allo specifico flusso dati (SIMES – Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità). Gli Eventi Sentinella, descritti nel grafico sotto riportato, sono stati trattati secondo le tecniche specifiche previste garantendo l'anonimato della segnalazione e il massimo coinvolgimento di tutti gli operatori coinvolti nell'evento. Al fine di definire e uniformare le modalità di gestione della comunicazione nel rischio clinico ed in riferimento a quanto specificato nelle "Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in Sanità" del Ministero della Salute (giugno 2011), è stata revisionata e trasmessa a tutte le UU.OO. assistenziali di questa Azienda la Delibera 1504 del 16/11/2022 "Procedura Aziendale Segnalazione e Gestione degli eventi avversi e/o sentinella REVISIONE 3"



1.1.2 Alimentazione Flusso Simes per Contenzioso

Sempre nell'ambito del Flusso SiMES si è provveduto all'inserimento dei sinistri aziendali trasmessi dall'U.O. Affari Generali nell'apposito contenitore del SiMES dedicato all'archiviazione dei dati correlati al contenzioso ricavandone una mappatura aziendale utile al processo di individuazione delle aree più esposte a potenziali rischi di errore. Le segnalazioni di eventi avversi, non giudicati Eventi Sentinella, sono raccolte e monitorate attraverso l'uso di uno specifico strumento informatico

1.2 Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS)

Accanto alle attività tipiche della prevenzione del Rischio Clinico, al fine di completare l'approccio globale secondo la metodica standard del Risk Management, si è dato supporto alle attività del **Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS)**. In tale sede si sono discussi alcuni tra i più complessi casi di contenzioso sanitario sviluppati tra l'Azienda e l'utenza riuscendo, nei casi di evidente fondatezza del contenzioso insorto con gli utenti, a dirimere le controversie giungendo ad un accordo ragionevole per ambo le parti. Tutte le sedute sono state opportunamente verbalizzate.

1.3 Adempimenti Legge 24

Si è provveduto a raccogliere ed inserire entro i termini previsti i dati relativi al contenzioso 2021 coerenti con quanto previsto dalla Legge 24 (Decreto Gelli-Bianco) pubblicando sul sito aziendale i dati richiesti dalla normativa.

1.4 Facilitazione all'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali

Le Raccomandazioni del Ministero della Salute, elaborate e pubblicate tramite web, sono state diffuse a tutte le UU.O.O. direttamente interessate tramite lista di distribuzione e, nella maggior parte dei casi, sono state contestualizzate rispetto all'organizzazione. In alcuni casi, vista l'importanza dell'argomento trattato per questa Azienda, il documento elaborato sulla base della Raccomandazione Ministeriale ha assunto la forma di procedura aziendale o protocollo operativo; nel 2022 è iniziata un'attività di verifica sui documenti aziendali elaborati, al fine di stabilire se gli stessi necessitano di una revisione, o se è necessaria l'elaborazione ex novo di documenti finalizzati all'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali.



1.5 Procedure e PDTA Aziendali

La U.O.S. svolge continua attività di sostegno metodologico alle UU.OO. che vogliono o vengono individuate per la redazione condivisa di Procedure e/o Percorsi Clinico Organizzativi aziendali. Le Procedure ed i Percorsi vengono sostenuti in fase di progettazione, verificati in conformità alla Procedura delle Procedure Aziendale e proposti con Atto Deliberativo di adozione alla Direzione Strategica per la validazione definitiva.

L'U.O.S., ha anche il compito di verificare i risultati degli indicatori di esito e di processo dei PDTA implementati in Azienda; a titolo di esempio la UOS si occupa della raccolta ed inserimento su database delle schede MNA (Mini Nutritional Assessment) somministrati ai pazienti oncologici al fine di valutare il rischio di malnutrizione, come da Delibera 907/2021 "Approvazione Piano aziendale "Percorso Nutrizionale del Paziente Oncologico ed istituzione Team Nutrizione Ospedaliero.

Alla fine della relazione l'elenco dei documenti adottati con i relativi atti deliberativi

1.6 Attività correlate alla pandemia da Covid19:

La U.O.S. collabora con il Data Manager aziendale al fine di consentire il corretto caricamento sulla piattaforma regionale Qualità Sicilia SSR, delle informazioni relative allo stato clinico dei pazienti sottoposti a tampone molecolare per Covid19.

1.7 Supporto ad Assessorato Salute

La U.O.S. Gestione Qualità e Rischio Clinico, ha sostenuto un ruolo di facilitazione, reperendo ed inviando tempestivamente i documenti richiesti, fornendo relazioni e favorendo il reperimento degli esperti di settore richiesti di volta in volta dai vari servizi dell'Assessorato, in particolare con l'Area interdipartimentale "Ispezioni e Vigilanza, con il Servizio 4 "Programmazione Ospedaliera" e con il Servizio 8 "Qualità, Governo clinico e Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente"

1.8 Attività di audit in caso di eventi avversi ed eventi sentinella verificatisi nel corso dell'anno 2022

Sono stati condotti audit, e Root Cause Analysis sugli eventi avversi e sentinella verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sono state proposte le iniziative da mettere in atto per la prevenzione di tali eventi.

2. Aggiornamento della "Carta dei Servizi 2022"

Per provvedere all'aggiornamento costante della Carta dei Servizi Aziendale, fornendo all'utenza le informazioni più aggiornate possibili, è stato costituito un apposito gruppo di lavoro. La procedura aziendale di aggiornamento della Carta dei Servizi prevede che tutte le modifiche vengano tempestivamente comunicate all'U.O. Informatizzazione e Telecomunicazioni che provvede all'aggiornamento on line sul sito web aziendale delle nuove informazioni relative alle UU.OO. presenti. E' disponibile anche una versione cartacea della quale è prevista una revisione annuale compito assegnato e svolto dalla U.O. scrivente. Il timing di revisione totale della versione cartacea è annuale ed in tale occasione alle UU.OO. aziendali viene richiesto l'aggiornamento delle informazioni relative alle attività di interesse per la Carta dei Servizi oltre che del personale in servizio. La versione più aggiornata della Carta dei Servizi, **coerente con il nuovo Atto Aziendale**, curata dalla U.O. Gestione Qualità e Rischio



Clinico e, come previsto dalla normativa vigente, viene pubblicata in formato scaricabile nell'area web aziendale dedicata alla "Amministrazione Trasparente".

3. Monitoraggio ed analisi dell'andamento dei principali indicatori ospedalieri (controllo di appropriatezza e di efficienza dei percorsi assistenziali) finalizzati alla individuazione di aree di criticità.

L'Unità Operativa "Gestione Qualità e Rischio Clinico" analizza i principali indicatori di appropriatezza ed efficienza delle prestazioni sanitarie traendo dai dati forniti periodicamente dal **Controllo di Gestione (CdG)** aziendale indicazioni sulle aree di criticità meritevoli di progetti ed attività di miglioramento che sottopone poi alla Direzione Aziendale. In particolare sono posti sotto osservazione trimestrale i risultati degli indicatori AGENAS relativi agli obiettivi delle Direzioni Generali indicati di volta in volta dall'Assessorato.

3.1 Tempestività interventi a seguito di frattura di femore su pazienti >65 aa. entro 48 ore,

3.2. Riduzione incidenza parti cesarei

3.3 Tempestività (entro 24 ore) nell'effettuazione del PTCA nei casi di IMA STEMI

3.4 Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria entro 0-2 giorni

Per questi indicatori, ove necessario, sono stati effettuati audit di verifica sulle cartelle cliniche al fine di monitorare le cause degli scostamenti dai target proposti dall'AGENAS e dall'Assessorato alla Salute. I risultati e gli eventuali scostamenti sensibili sono stati tempestivamente comunicati alla Direzione Strategica ed alle UU.OO. coinvolte favorendo il monitoraggio e sostenendo l'implementazione dei provvedimenti del caso.

4. Verifica requisiti di sicurezza dei punti nascita

In coerenza con gli obiettivi di salute delle Direzioni Generali si è operata verifica in autovalutazione dei **requisiti di sicurezza dei punti nascita** aziendali (U.O. UTIN e U.O. Ostetricia e Ginecologia).

5. Controllo sulla qualità della documentazione clinica

La qualità della documentazione clinica è essenziale al fine di trasmettere correttamente tutte le informazioni necessarie al corretto inquadramento clinico del paziente. L'Assessorato alla Salute ha implementato una serie di controlli attraverso il "Piano Annuale dei Controlli Analitici" (PACA). I dati di ciascuna cartella campionata (10% del totale Ricoveri dell'Azienda su base annua) sottoposta a verifica sono inseriti, per i controlli "interni", dai NOC (Nuclei Operativi di Controllo) Aziendali in un software regionale il cui ritorno informativo viene tenuto sotto monitoraggio dalla U.O. scrivente al fine di intercettare scostamenti della qualità della documentazione clinica che potrebbero mettere a rischio la sicurezza dei pazienti e generare, come previsto dai controlli esterni (NOC dell'ASP) decurtazioni economiche anche sensibili. Alcuni di questi indicatori sono stati inseriti nella scheda di budget dei Direttori delle UU.OO. aziendali e sono oggetto di valutazione del loro operato al pari degli altri indicatori di performance.



6. Azioni di contrasto alle infezioni ospedaliere

Insieme al supporto alle iniziative del CIO in tema di controllo delle Infezioni Ospedaliere ci si è determinati ad applicare politiche di prevenzione delle infezioni utilizzando metodiche specifiche, in uso a livello internazionale, concordando con la UO UTIN l'uso del "**Dress Code**" (divieto di uso di anelli, bracciali, monili, orologi. Modalità di vestizione ed indosso di camice e tutine da lavoro. Approccio in culla per manipolazione del prematuro etc.). L'osservazione puntuale di quanto previsto dalle regole del "**Dress Code**" è stata condivisa con l'U.O. ed inserita tra gli obiettivi di Budget della stessa. Sono state effettuate, compatibilmente con le fasi della pandemia, due visite, che hanno evidenziato una percentuale di adesione pari al 98%. L'obiettivo di budget per l'UTIN è stato confermato anche per il 2023.

7. Programma per il corretto utilizzo della checklist di Sala Operatoria

Come previsto dal "Programma per il corretto utilizzo della checklist di sala operatoria" (GURS 24/01/2014 n. 4), la nuova checklist per la sicurezza in sala operatoria è stata implementata in tutte le Sale Operatorie. Nel 2022 è stato monitorato il processo di applicazione della checklist di sala operatoria, con particolare attenzione alla tempistica e alle modalità di attuazione; in particolare, dopo aver superato la fase più critica della pandemia da Covid19, sono state ripristinate le on site visit e sono state monitorate con osservazione diretta le sale operatorie del P.O. di questa Azienda, Sono state effettuate n. 10 on-site visit e la presenza di corretta applicazione della checklist è risultata nel 98%.

8. Formazione

L'Unità Operativa "Gestione Qualità e Rischio Clinico", in collaborazione con l'U.O.S. Formazione, ha svolto nel 2022, due corsi di formazione rivolti al personale dipendente:

- **LA NORMA UNI EN ISO 9001/2015 PER LA GESTIONE DEI PROCESSI il 28/04/2022**
- **LO STORYTELLING PER APPRENDERE DALL'ERRORE, 04/10/2022**

9. Visibilità, informazione, aggiornamento

Al fine di rendere maggiormente accessibili le informazioni relative alla gestione del rischio clinico, già da diversi anni è stato attivato un sito internet riguardante esclusivamente la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi erogati (<https://www.arnascivico.it/index.php/azienda/organizzazione/direzione-generale/78-organizzazione-aziendale/area-direzione-generale/commissario-straordinario/21-sistema-qualita-aziendale-accreditamento>) All'interno del sito è possibile accedere alla documentazione editata dal Ministero della Salute riguardante il rischio clinico, alle norme di riferimento, al materiale relativo al progetto Patient Safety della Joint Commission International. All'interno del sito sono contenuti, inoltre, i documenti relativi alla programmazione delle attività di rischio clinico e alla modulistica.

10. Attività di ricerca

Nel corso del 2022 è stato condotto presso il P.O. Civico un progetto di ricerca, autorizzato dalla Direzione Sanitaria Aziendale, che ha visto l'utilizzo di uno strumento sviluppato e diffuso negli Stati Uniti, ma validato per il contesto Sanitario Italiano, definito survey o culture survey, basata sull'utilizzo del questionario HSOPSC (The Hospital Survey on Patient Safety Culture) sviluppato da Sorra e Nieva nel 2004.



Obiettivo della ricerca è stato quello di verificare la possibilità di apprezzare e misurare la cultura organizzativa della sicurezza nel personale sanitario.

E' stato chiesto al personale aziendale di compilare il questionario HSOPSCCL mediante la compilazione di un form di Google. La disponibilità dei dati rilevati attraverso il questionario, rappresenta un utile strumento che consentirà alla U.O.S. Qualità e Rischio Clinico di valutare la cultura della sicurezza presso la nostra Azienda e mettere in atto misure consequenziali (formazione specifica, redazione di documenti, seminari sul tema della sicurezza, condivisione di materiale informativo...), in relazione al fabbisogno rilevato, orientando così le attività dell'U.O.S. e rappresentando un punto di partenza per le scelte operative in questa fase di transito che ha visto il succedersi della scrivente al precedente Responsabile dell'UOS.

Delibere 2022 UOS GESTIONE QUALITA' E RISCHIO CLINICO

1.	Del. 100 del 27/01/2022	"Protocollo Operativo Normoterapia Perioperatoria"
2.	Del. 101 del 27/01/2022	"Carta dei servizi 2021"
3.	Del.102 del 27/01/2022	Procedura "Accertamenti di tossicologia forense al pronto soccorso" Rev.1
4.	Del. 395 del 22/03/2022	Protocollo Aziendale "Sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi"
5.	Del.396 del 22/03/2022	"Procedura per l'asportazione di dispositivi cardiaci impiantabili da cadavere destinato a cremazione"
6.	Del.426 del 25/03/2022	Adozione del piano della qualità della formazione
7.	Del.454 del 01/04/2022	Procedura "Corretta compilazione della Scheda Unica di Terapia – STU"
8.	Del.534 del 14/04/2022	Procedura per la gestione, redazione, adozione delle procedure aziendali "Procedura delle procedure"
9.	Del. 560 del 21/04/2022	Procedura Aziendale "Modalità di richiesta dei farmaci off label"
10.	Del 563 del 22/04/2022	Modifica ed integrazione deliberazione n.522 del 13/04/2022 riguardante "Antimicrobial stewardship"
11.	Del 564 del 22/04/2022	Adozione "regolamento aziendale per la gestione dei decessi e dell'attività di medicina necroscopica" all'Arnas Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo Rev. 1
12.	Del. 623 del 05/05/2022	"Costituzione equipe operatoria per l'attività di trapianto di rene" Rev delibera 763 del 18 ottobre 2019
13.	Del. 644 del 11/05/2022	Adozione "Regolamento Aziendale Corretta gestione e tenuta Registro Stupefacenti" Rev. 1
14.	Del.724 del 20/05/2022	Modifica ed integrazione deliberazione n.907 /2021 riguardante Team Nutrizionale Ospedaliero (TNO)
15.	Del.725 del 20/05/2022	"Linee guida per la contenzione dei pazienti"
16.	Del.726 del 20/05/2022	Procedura Aziendale "Segnalazione e Gestione degli eventi sentinella"
17.	Del.781 del 07/06/2022	Adozione dell'istruzione operativa "La broncoscopia in terapia intensiva respiratoria in era covid"
18.	Del.782 del 07/06/2022	Adozione "Linee guida per la gestione del programma di trapianto dell' Arnas Civico di Palermo" Rev.3
19.	Del. 881 del 24/06/2022	Adozione procedura "Esecuzione di RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi (CIED) MR- CONDITIONAL" Rev. 1
20.	Del.1012 del 28/07/2022	Preso d'atto del Decreto Assessoriale del 1287/20021 Documento di indirizzo regionale "Criteri di appropriatezza nel follow up clinico dei pazienti dopo sindrome Coronarica Acuta (SCA)"
21.	Del.1136 del 02/09/2022	Adozione del "Piano aziendale Qualità e Prevenzione rischio clinico"



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

		2022/2023"
22.	Del.1137 del 02/09/2022	Adozione del documento "Guida ai servizi dell' UOC TIN Neonatologia e Nido"
23.	Del.1229 del 23/09/2022	Adozione di Procedura Aziendale "Indicazioni all'impiego terapeutico di albumina umana"
24.	Del.1290 del 04/10/2022	Adozione Procedura Aziendale "Approvazione dell'emotrasfusione in età neonatale e pediatrica" Rev.1
25.	Del.1378 del 20/10/2022	Adozione documento "Progetto 1.0 GOME Gruppo Ospedaliero Multidisciplinare per l'endometriosi"
26.	Del 1412 del 28/10/2022	Preso D'atto D.A 800 del 12/09/2022 "Individuazione dei centri specialistici per l'attuazione del percorso diagnostico terapeutico per il trattamento del tumore dell'ovaio nella Regione Siciliana ex D.A n. 115 del 18/02/2021"
27.	Del.1504 del 16/11/2022	Procedura Aziendale "Segnalazione e Gestione degli eventi avversi e/o sentinella" Rev.3
28.	Del.1540 del 22/11/2022	Adozione Documento Aziendale "Criteri di appropriatezza nel follow up clinico strumentale dei pazienti dopo sindrome coronarica acuta (SCA) ai sensi del Decreto n. 1287 del 2/12/2021 GURS del 24/12/2021 (n.75)
29.	Del.1590 del 01/12/2022	Adozione del documento "Gestione del carrello di emergenza paziente adulto" Rev.1
30.	Del.1604 del 02/12/2022	"Piano Strategico e operativo aziendale di preparazione e risposta ad una pandemia – Panflu 2021-2023
31.	Del.1735 del 21/12/2022	Adozione Procedura aziendale "Check list sala operatoria e sicurezza del paziente chirurgico"
32.	Del.1772 del 22/12/2022	Approvazione Regolamento Aziendale Gestione del Blocco Operatorio Oncologico"
33.	Del.1773 del 22/12/2022	Protocollo per la gestione della damage control resuscitation presso elibase Boccadifalco"

Resp. Dott.ssa Maria G. Laura Marsala
U.O.S. Gestione Qualità e Rischio Clinico