Den. Amm. : A.R.N.A.S.
Cod. AOO : DIRAZI
N. Prot. : 0001455
Data Prot. : 22-01-2024 11:24:11
Tipo Reg. : Interno
Cod. Reg. : REG_INT_191217170702_I

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

Telefono
091 6662259

FAX
091 6662642

EMAIL
mariagrazialaura.marsala@arnascivico.it

rischioclinico@arnascivico.it

Al Commissario Straordinario

Al Direttore Sanitario

Attività 2023 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 nazionali, regionali e aziendali, in sintonia con le altre unità operative dello Staff, coinvolgendo gli operatori e, laddove appropriato o necessario, gli utenti.
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 del Dott. Francesco Noto che partecipano attivamente alle attività sopraelencate.

Le principali attività svolte dall'U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico nel 2023 sono descritte di seguito

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

1.1. Alimentazione Flusso Simes per Eventi sentinella (Incident Reporting)

Tutti gli **Eventi Sentinella** (num 3 nel 2023) segnalati e giudicati tali sono stati inseriti sulla piattaforma nazionale dedicata allo specifico flusso dati (SIMES – Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità), e sono stati trattati secondo le tecniche specifiche previste, garantendo il massimo coinvolgimento di tutti gli operatori coinvolti nell'evento.

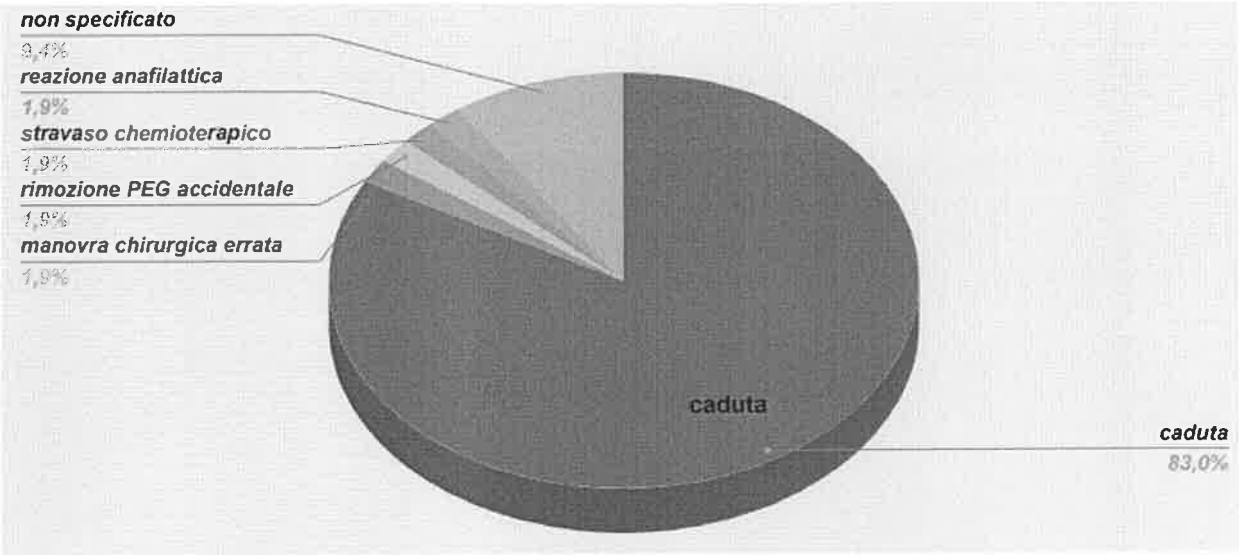
1.2 Alimentazione Flusso Simes per Contenzioso

Sempre nell'ambito del Flusso SIMES si è provveduto all'inserimento dei sinistri aziendali trasmessi dall'U.O. Affari Generali nell'apposita sezione 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.

2. Attività di audit in caso di eventi avversi ed eventi sentinella verificatisi nel corso dell'anno 2023

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

Le segnalazioni di eventi avversi, pervenute a questa UOS tramite il sistema di Incident Reporting, ossia segnalazioni volontarie di schede anonime e non, sono raccolte e monitorate attraverso l'uso di uno specifico strumento informatico.
I dati sulla tipologia degli Eventi Avversi segnalati nel corso del 2023 sono illustrati nel grafico seguente:



3. 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.

4. Adempimenti Legge 24

Si è provveduto a raccogliere ed inserire entro i termini previsti i dati relativi al contenzioso 2023 coerenti con quanto previsto dalla Legge 24/2017 (Decreto Gelli-Bianco) pubblicando sul sito aziendale i dati richiesti dalla normativa.

5. 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 2023 è stata portata avanti l'attività

di verifica già avviata nel 2022 sui documenti aziendali elaborati, al fine di stabilire se gli stessi necessitano di una revisione, o se mancanti, dell'elaborazione ex novo di documenti finalizzati all'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali.

6. 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

7. 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.

8. 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".

9. Aggiornamento della *"Carta dei Servizi 2023"*

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".

10. 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.

11. 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)

12. 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.

13. 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 tre 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.
L'U.O.S. Qualità e Rischio Clinico inoltre partecipa attivamente alle attività del Comitato Infezioni Ospedaliere.

14. Budget
L'U.O. Qualità e Rischio Clinico prende parte al Comitato di Budget. Sono stati assegnati alle varia Unità Operative obiettivi di qualità (individuati coerentemente con i requisiti di accreditamento istituzionale ex DA n°890/2002), che prevedono progetti di valutazione, verifica e miglioramento della qualità, gestione del rischio clinico, elaborazione di nuove linee guida e/o percorsi diagnostici. L'U.O. Qualità e Rischio Clinico monitora il raggiungimento degli obiettivi da parte delle UU.OO. supportandole nel raggiungimento degli stessi.

15. 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.

16. Accreditamento:
La Regione Siciliana pubblica periodicamente avvisi per la selezione di professionisti che condividono i valori e le finalità dell'OTA e desiderano farne parte. La selezione per Valutatori OTA avviata con l'avviso pubblico approvato con il decreto dirigenziale n. 673 del 1 agosto 2022 si è conclusa e con il decreto dirigenziale n. 1137 del 20 dicembre 2022 è stata approvata la graduatoria degli idonei, tra cui rientrano la Resp, UOS e la Dott.ssa Maria Rita Amato: quest'ultima ha già frequentato il corso di formazione per Valutatore OTA, e risulta iscritta all'elenco Regionale.

17. Individuazione Facilitatori Qualità e rischio clinico
Durante il 2023, l'UO Qualità e Rischio Clinico, coinvolgendo il Direttore UOC Staff, ha chiesto a tutte le UU.OO. di individuare dei facilitatori, al fine di creare una struttura a rete per la gestione del rischio clinico e di sviluppare dei processi virtuosi con chi lavora a stretto contatto con i pazienti, dove cioè il rischio clinico viene affrontato ogni giorno, e dove emergono i bisogni formativi. La base di questa rete è lo sviluppo di una comunità di esperti che grazie allo scambio continuo producono innovazione e miglioramento.
Nel corso del 2023 sono state già organizzate delle riunioni con i facilitatori delle UU.OO. di area chirurgica, con l'obiettivo di avviare delle verifiche di check list di sala operatoria

18. 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 2023, come già specificato al punto 17 è stata introdotta una nuova metodologia del monitoraggio del processo di applicazione della checklist di sala operatoria, prevedendo il coinvolgimento dei facilitatori delle UU.OO. di Area Chirurgica . I risultati di tali rilevazioni, verranno illustrati con apposita relazione.

Delibere 2023 UOS GESTIONE QUALITA' E RISCHIO CLINICO

ELENCO PROCEDURE ANNO 2023		
	Titolo della Procedura	**N° e Data di Delibera**
1	Adozione Documento Aziendale "Gestione prevenzione infezione Sars-Cov2 nei pazienti ricoverati presso la Medicina Penitenziaria dell'ARNAS Civico"	N° 034 11-01-2023
2	Presa d'atto delle "Linee guida per la prevenzione delle infezioni ospedaliere nel neonato" della società Italiana di Neonatologia"	N° 035 11-01-2023
3	Adozione di Procedura "Gestione consensi informati" UOC Neuroradiologia	N°036 11-01-2023
4	Adozione "Regolamento Aziendale per la gestione dei decessi e dell'attività di Medicina Necroscopica" all'ARNAS Civico-Di-Cristina-Benfratelli di Palermo-REVISIONE2	n°037 11-01-2023
5	Adozione PDTA "Gestione in Pronto Soccorso Pediatrico dei minori vittime di maltrattamento e abuso"	N°038 11-01-2023
6	Adozione Procedura "Prevenzione del suicidio in ospedale-REVISIONE1"	N°186 03-02-2023
7	Adozione "Consensi informati per procedure endoscopiche diagnostiche ed operative – UOC Gastroenterologia con Endoscopia Digestiva"	N°188 03-02-2023
8	Adozione "Procedura Aziendale per implementazione della Raccomandazione Ministeriale n.17: Riconciliazione della terapia farmacologica"	N°256 17-02-2023
9	Adozione "Carta dei servizi 2022" E.I.(Prop.14)	N°310 24-02-2023
10	Adozione PDTA "Gestione di Pronto Soccorso Pediatrico dei minori vittime di maltrattamento e abuso Revisione 1	N° 319 24/02/2023
11	Determina del tariffario aziendale da applicarsi a seguito di procedure di accesso e riproduzione e invio agli atti sanitari e amministrativi nella disponibilità degli uffici aziendali	N° 321 del 03/02/2023
12	Modifica ed integrazione deliberazione n° 1119/2022 riguardante Istituzione "Gruppo Operativo ARNAS Civico per implementazione del Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale – Panflu 2021"	N°374 07-03-2023

13	Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche-Costituzione Gruppo di Lavoro	N°386 08-03-2023
14	Adozione documenti U.O.C. NEONATOLOGIA T.I.N.-NIDO: "ISTRUZIONE OPERATIVA POSIZIONAMENTO, GESTIONE E RIMOZIONE DEL SONDINO NASO-ORO-GASTRICO"; ISTRUZIONE OPERATIVA PER "L'ASSISTENZA AL NEONATO CON ACCESSO VASCOLARE"	N°406 10-03-2023
15	Istruzione Operativa per il lavaggio mani – UOC Neonatologia – TIN - Nido	N°431 17-03-2023
16	Allattamento al seno: raccolta, conservazione e somministrazione del latte materno	N°462 22-03-2023
17	Presa d'atto D.A. 866 del 23 Settembre 2022: Approvazione del Documento regionale per l'organizzazione del sistema integrato dei Centri di Radiologia interventistica	N°463 21-03-2023
18	"Drenaggio Toracico, Pericardiocentesi, Toracentesi"; "Istruzione operativa intubazione oroendotracheale".	N°485 22-03-2023
19	Adozione documento aziendale "PREVENZIONE DELLE POLMONITI ASSOCIATE A VENTILAZIONE MECCANICA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE" (Prop.26)	N°519 02-04-2023
20	-Adozione documenti U.O.C. NEONATOLOGIA T.I.N.-NIDO:"PROCEDURA PUNTURA LOMBARE" (Prop. 27) -"PROTOCOLLO PRELIEVO PER EMOCOLTURA" (Prop. 27) -"ISTRUZIONE SULLA PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI ENDOVENA" (Prop. 27)	N°520 02-04-2023
21	Adozione Procedura Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n° 10: Prevenzione dell'osteonecrosi a carico della mandibola/mascellare da bifosfonati	N°754 09-05-2023
22	Adozione Procedura "Sistema Gestione Segnalazione e Reclami"	N° 777 12-05-2023
23	Adozione "Istruzione Operativa per lo screening di ricerca di germi MDR resistenti ai carbapenemi nei pazienti che accedono in UTIR per ricovero ordinario"	N° 889 01/06/2023

24	Rettifica atto deliberativo 889 del 01/06/2023 di Adozione "Istruzione Operativa per lo screening di ricerca di germi MDR resistenti ai carbapenemi nei pazienti che accedono in UTIR per ricovero ordinario"	N° 901 08/06/2023
25	Regolamento aziendale per l'archiviazione la conservazione e l'accesso alla documentazione sanitaria – Revisione 2	N° 900 08/06/2023
26	Adozione "PDTA Gestione e Trattamento delle Ferite in Paziente Pediatrico"	N° 919 09/06/2023
27	Adozione documento aziendale "Integrazione socio – sanitaria Ospedale – Territorio - Dimissione Protetta	N° 1108 del 07/07/2023
28	Adozione del Regolamento Aziendale "Gestione Lista d'attesa" Revisione 2	N° 1182 del 07/07/2023
29	Adozione documento aziendale "Trasporto del paziente oncoematologico pediatrico dopo sedazione dalla Radiologia/Neuoradiologia alla UOC Oncoematologia Pediatrica"	N° 1196 del 25/07/2023
30	Sedalgo Analgesia Procedurale (SAP) protocollo di collaborazione tra UOC Gastroenterologia con ED e UOC Anestesia e Rianimazione	N°1215 del 01/08/2023
31	Adozione documento aziendale "PDTA Paziente con Disfagia Funzionale"	N° 1216 del 01/08/2023
32	Revisione 1/1 Istruzione operativa "Trasporto del paziente oncoematologico pediatrico dopo sedazione dalla Radiologia/Neuroradiologia alla UOC Oncoematologia Pediatrica"	N° 1257 del 09/08/2023
33	PDTA per la donna con patologie autoimmuni in gravidanza a rischio	N° 1444 del 28/09/2023
34	Adozione documento aziendale "PDTA Heart Team"	N° 1619 del 27/10/2023
35	Adozione Istruzione Operativa "Tecnica per la puntura dell'arteria radiale"	N° 1620 del 27/10/2023
36	Adozione Documenti di dichiarazione di Consenso/Dissenso Informato per Procedure Cardiochirurgiche	N° 1621 del 27/10/2023

37	Adozione Documento Aziendale"Monitoraggio dei parametri vitali e impostazione degli allarmi nei sitemi di monitoraggio" - UOC Neonatologia-TIN-Nido	N°1635 del 03/11/2023
38	Adozione Cartelle Logopediche	N° 1636 del 03/11/2023
39	Tempestività nell'esecuzione degli esami strumentali pre intervento Breast Unit	N° 1865 del 14/12/2023

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