



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023

Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015



INDICE

| | |
|--|-------------|
| Cap. 1 - Premessa | pag.2 |
| 1.1 Scopo e Campo di applicazione | pag.2 |
| Cap. 2 - 2.1 Riferimenti Normativi | pag.3 |
| Cap. 3 - 3.1 Termini e Definizioni | pag.4 |
| Cap. 4 - Contesto dell'organizzazione | |
| 4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto | pag.6 |
| 4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate | pag.6 |
| Cap. 5 - Leadership | |
| 5.1 Leadership e impegno | pag.7 |
| 5.2 Politica per la qualità | pag.7 |
| 5.3 Ruoli e Responsabilità..... | pag.8 |
| Tab . 1 Organigramma e Funzionigramma | pag.9 |
| Cap. 6 - Pianificazione | |
| 6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento | pag.10 - 13 |
| Cap. 7 - Supporto | |
| 7.1 Risorse Umane..... | pag.14 |
| 7.2 Competenza | pag.14 |
| 7.3 Consapevolezza..... | pag.14 |
| 7.4 Comunicazione..... | pag.14 |
| 7.7 Informazioni documentate | pag.15 |
| 7.7.2 Gestione dei documenti | pag.15 |
| 7.7.3 Gestione dei documenti di registrazione della qualità | pag.15 |
| Cap. 8 - Attività operative | |
| 8.1 Pianificazione e controllo operativi..... | pag.16 |
| 8.3 Progettazione e sviluppo | pag.16 - 27 |
| Cap. 9 - Valutazione delle prestazioni | |
| 9.2 Analisi e valutazione | pag.28 |
| 9.3 Audit Interno | pag.28 |
| Cap.10 - Miglioramento | |
| 10.1 Non conformità ed azioni correttive | pag.28 |
| 10.2 Miglioramento | pag.28 |

001136

Redazione

U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico Dott.ssa Maria R. Amato

Verifica

Responsabile U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico Dott.ssa M. G. Laura Marsala

Approvazione

Direttore Sanitario Aziendale Dott. Salvatore Requirez

ARNAS CIVICO DI CRISTINA BENFRATELLI
Il Direttore Sanitario
Dott. Salvatore Requirez

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

Capitolo 1

Premessa

Garantire una buona qualità dell'assistenza sotto il profilo clinico ed organizzativo in un sistema sanitario articolato e complesso è oggi per le Aziende Sanitarie, uno dei maggiori problemi da affrontare anche alla luce delle crescenti aspettative dei cittadini.

Il Piano Qualità e Rischio Clinico 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.

In tale direzione il Piano Aziendale Qualità e Rischio Clinico per gli anni 2022/2023, rappresenta lo strumento prioritario per l'Azienda e si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

Il documento è stato elaborato, dall'Unità Operativa Qualità e Rischio Clinico.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono riesaminati, quando necessario, e distribuiti in forma controllata in nuove edizioni o revisioni.

1.1 Scopo e Campo di Applicazione

La sicurezza dei pazienti è uno dei requisiti fondamentali, insieme all'efficacia e all'appropriatezza, dei processi di cura e di assistenza. Non è possibile infatti parlare di qualità, cioè conformità del sistema di erogazione a quanto progettato e quindi di capacità dei processi di raggiungere gli obiettivi stabiliti, se la sicurezza del paziente non è considerata come un prerequisito di ogni organizzazione sanitaria.

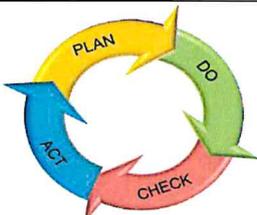
È noto che l'ospedale, per la sua complessità, rappresenta per il paziente un "sistema ad alto rischio". Ciò va tenuto presente in fase di progettazione delle prestazioni sanitarie, prendendo tutte le precauzioni organizzative ed operative più idonee finalizzate a ridurre il più possibile la probabilità del verificarsi di un errore umano e l'eventuale danno arrecato alla persona che riceve le cure.

La prestazione è appropriata se è sicura, efficace, efficiente e compliant, cioè viene erogata in un setting strutturale e organizzativo adeguato, secondo modalità che garantiscono il migliore risultato in termini di salute, in tal senso, un approccio culturale e gestionale quale strategia aziendale, garantisce processi efficaci di miglioramento, e la misura del grado di appropriatezza delle prestazioni.

Lo scopo del presente piano è il raggiungimento di tali obiettivi attraverso altrettanti piani di miglioramento e qualità che coinvolgono trasversalmente tutte le professionalità aziendali (medici, infermieri, tecnici, amministrativi ecc) in sintonia con gli obiettivi del budget operativo degli anni 2022/2023 e per loro tramite ai sistemi premianti.

La risposta ai suddetti problemi deve considerare un approccio globale ed essere coerente con gli obiettivi che l'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia ha assegnato alla Direzione Aziendale dell'ARNAS Civico – Di Cristina – Benfratelli e che sono finalizzati a garantire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate nel massimo della sicurezza possibile per il paziente.

Il Piano Aziendale per la Qualità e la Gestione del Rischio Clinico, per il biennio 2022/2023, deriva dalle linee strategiche organizzative ed operative già delineate negli anni precedenti che sono state rivisitate alla luce dei notevoli cambiamenti in atto nella politica sanitaria regionale e di riflesso aziendale.

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

Capitolo 2

2.1 Riferimenti Normativi

In materia di Qualità e Rischio clinico, gli Organi Istituzionali, Nazionali e Regionali, varie Associazioni scientifiche e la Direzione Aziendale hanno fornito, di recente, numerosi contributi, direttive, atti di governo clinico in particolare:

- A partire dal 2005, il Dipartimento della qualità del **Ministero della salute** ha emanato il **Protocollo per il Monitoraggio degli eventi sentinella** (ultima edizione aggiornata al luglio 2009), 17 raccomandazioni per gli operatori finalizzate a ridurre gli errori nella pratica clinica/assistenziale, due successivi **Rapporti nazionali sull'incidenza degli eventi avversi in Italia** (vedi bibliografia).
- Numerosi Decreti dell'**Assessorato Regionale per la sanità Sicilia**, contengono importanti direttive in materia di governo clinico della qualità delle cure e della loro appropriatezza ed in materia di gestione del rischio clinico. Dal rispetto di tali direttive, dettagliatamente elencate nella bibliografia e nella sitografia, scaturiscono gli obiettivi e le conseguenti attività descritte nel presente piano.
- Particolare attenzione viene data alla attività della **Joint Commision International**, in considerazione anche del fatto che alcuni importanti **Obiettivi Internazionali**, fanno parte degli **Standards** che tutte le aziende sanitarie della Regione Sicilia sono tenute a soddisfare, sulla base di precise direttive regionali.
- Nel corso degli ultimi anni sono state divulgate da **Società scientifiche**, che promuovono la qualità dell'assistenza sanitaria, alcune raccomandazioni in tema Qualità e di Risk Management. In particolare sono state considerate quelle proposte dalla **SIQuAS-VRQ (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria/Verifica Revisione Qualità)**; tali strumenti conoscitivi di riferimento, se applicati, attraverso azioni specifiche, possono determinare nell'immediato l'affidabilità e la maggiore sicurezza dei trattamenti diagnostico-terapeutici effettuati nella nostra Azienda, implementando virtuose attività di prevenzione dei rischi per i pazienti trattati e conseguentemente dei costi sostenuti, diretti ed indiretti.

In questa sezione andranno elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento. Si elencano quelli più significativi a mero titolo di esempio, come riferimento per inquadrare il razionale degli obiettivi che il presente Piano intende perseguire.

- 1) Risk management in Sanità. Il problema degli errori, Ministero della Salute, Roma marzo 2004.
- 2) La Gestione del Rischio nelle aziende Sanitarie, Renata Cinotti, Il pensiero scientifico, Ed., Roma 2004.
- 3) *Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del **Ministero della Salute***
<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?area=qualita&id=250&lingua=italiano&menu=lineequida>
- 4) **Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009**
- 5) Libro bianco del Ministero della Salute sui principi fondamentali del Sistema Sanitario Nazionale
- 6) Ministero della salute: i nuovi livelli essenziali di assistenza - DPCM del 12/01/2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ord. n. 15).
- 7) Intesa Governo-Regioni sul rischio clinico e sicurezza delle cure 20/03/2008 (Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131).

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

- 8) Comitati aziendali per il rischio clinico nella regione Sicilia (GURS 14 Ottobre 2005 - N. 44).
- 9) Standard per la gestione del rischio clinico per le strutture ospedaliere e le centrali operative SUES 118 della Regione Sicilia GURS N. 8 del 15/02/2008
- 10) La Carta di Portonovo - SIQuAS 2003
- 11) Raccomandazioni della SIQuAS sulla gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti - 2006.
- 12) Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori 2007.
- 13) Guidelines for Preventing Transmission of infectious Agents in Healthcare Settings - 2007.
- 14) Effectiveness and Efficiency of root causer analysis in medicine. JAMA, February 13, 2008-Vol 299,6
- 15) Development of medical checklists for improved quality of patient care - Marzo 2008.
- 16) Obiettivi di salute e funzionamento delle aziende sanitarie siciliane 2016 -2017.
- 17) Legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd. Legge Gelli - Bianco) recante *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”*;
- 18) Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017.
- 19) Adeguamento Atto Aziendale dell'Arnas Civico - Di Cristina Benfratelli di Palermo - Delibera del Direttore Generale N.964 del 14/07/2022.
- 20) **Norma UNI EN ISO 9000:2005** *“Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e terminologia”*.
- 21) **Norma UNI EN ISO 9001:2015** *“Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti”*.

- www.salute.gov.it/portale/temi
- www.ministerosalute.it
- www.assr.it
- www.jointcommision.org
- www.siquas.it
- <http://groups.google.it/group/unita-Operativa-per-la-qualità-e-la-sicurezza-del-paziente>
- <http://www.agenas.it/>

Capitolo 3

3.1 Termini e Definizioni

- **Organizzazione** = Entità organizzativa che fornisce al Cliente risorse e prodotti.
- **Pianificazione** = Definizione della sequenza di attività da eseguire.
- **Programmazione** = Collocazione temporale delle attività da eseguire.
- **Processo** = Sequenza di attività necessarie per conseguire un risultato sulla base di dati e risorse di riferimento.
- **Monitoraggio** = Attività di sorveglianza, verifica e registrazione di dati rispetto ad obiettivi stabiliti.
- **Appropriatezza** = Elemento della qualità di un processo di formazione continua che fa riferimento a validità tecnico scientifica, di processo e di sistema.
- **Azione correttiva** = Attività controllata per eliminare le cause di non conformità o di altre condizioni critiche al fine di prevenirne il ripetersi di uno scostamento rispetto ai requisiti specificati

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

- **Azione preventiva** = Attività controllata per eliminare le cause di potenziali non conformità o condizioni indesiderate nel processo.
- **Cliente** = Persona o struttura o organizzazione che riceve beneficio dallo svolgimento di attività di formazione continua.
- **Efficacia** = Capacità di conseguire i risultati attesi e pianificati ed il loro grado di realizzazione.
- **Efficienza** = Grado di relazione tra risultati ottenuti e risorse utilizzate nelle attività.
- **Indicatori** = Elementi qualitativi e quantitativi che esprimono sinteticamente un fenomeno ed il suo andamento rispetto ai requisiti minimi specificati.
- **Linee guida** = Indicazioni documentate finalizzate ad orientare azioni più efficaci ed appropriate in specifiche situazioni di erogazione di eventi formativi.
- **Mission** = Ragion d'essere di un'organizzazione e principi e valori ai quali si ispira per il raggiungimento degli obiettivi prefissati nell'ambito della formazione continua in sanità.
- **Non conformità** = Scostamento o mancato soddisfacimento rispetto ai requisiti specificati.
- **Procedura** = Descrizione di modalità esecutive ed azioni finalizzate al raggiungimento di specifici requisiti.
- **Processo** = Sequenza logica e temporale di attività di formazione continua che trasformano elementi in ingresso in elementi in uscita, attraverso l'uso di specifiche risorse.
- **Qualità** = Un insieme di caratteristiche che soddisfano specifici requisiti.
- **Requisito** = Aspettativa o esigenza, anche se non esplicita, riferita al cliente, al servizio, alla prestazione erogata e alle specifiche norme di riferimento.
- **Esito** = Risultato di un'attività o di un processo.

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

Cap. 4 - Contesto dell'organizzazione

4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza obiettivi prioritari da perseguire, con interventi coordinati che coinvolgono l'organizzazione sanitaria, gli operatori sanitari e i pazienti.

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico - DiCristina - Benfratelli ha sede nell'area urbana di Palermo ed assicura i propri servizi utilizzando le seguenti strutture ospedaliere:

- Presidio "Civico", ospedale generale dotato di Dipartimento di emergenza con trauma center, centrale operativa per la gestione dell'emergenza territoriale, centro oncologico e di tutte le unità operative di diagnosi e cura a basso, medio ed elevato livello di assistenza, con discipline ad alta specializzazione;
- Presidio "Giovanni Di Cristina", unico Presidio Pediatrico in ambito Regionale, dotato di area d'emergenza, trauma center pediatrico, e di tutte le unità operative utili ad assicurare un'assistenza specialistica pediatrica multidisciplinare, di alta specialità e per le malattie rare.

L'ospedale è HUB di secondo livello per l'emergenza-urgenza della rete pediatrica regionale.

La missione dell'Azienda è quella di soddisfare i bisogni e le aspettative di salute di ogni cittadino, assicurando in qualsiasi circostanza, la cura più adeguata, senza alcuna discriminazione di sesso, età, razza, nazionalità, religione, condizione sociale.

Oltre che struttura di riferimento regionale e di rilievo nazionale per l'alta specializzazione, l'Azienda svolge in particolare il ruolo di ospedale generale per la Città Metropolitana di Palermo, e di ospedale pediatrico regionale.

La visione strategica dell'Azienda è orientata al costante miglioramento, in armonia con le indicazioni regionali e nel rispetto della classificazione tipologica della stessa, garantisce appropriatezza, tempestività, efficacia e qualità delle prestazioni erogate in condizioni di sicurezza e nel rispetto della persona assistita.

4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate

Tutti i professionisti che lavorano in sanità sono coinvolti a vario titolo nel processo clinico assistenziale e devono pertanto condividere metodologia e strategie orientate al controllo della vulnerabilità organizzativa e che incidano decisamente sulla qualità dell'assistenza. La qualità finale diretta al cliente è, infatti, il risultato di ciascuno dei processi.

Il perseguimento dell'obiettivo della prevenzione del rischio è inteso nella sua accezione globale e cioè concernente il rischio per il paziente, per i dipendenti, per i visitatori, e dei conseguenti costi aziendali per la gestione dello stesso. Le organizzazioni devono conoscere e valorizzare le attività di rilevazione e analisi dei dati nel miglioramento dei processi poiché i dati sono il fulcro dell'apprendimento: quando vi è coscienza del problema, vi è coscienza di ulteriori valutazioni, diviene pertanto necessaria la restituzione dei dati ai diversi professionisti, per consentire loro di valutarli e dare origine a cambiamenti finalizzati all'implementazione di strategie di miglioramento. I dati trattati in modo macchinoso e gretto diventano sterili nel tempo.

L'U.O. Qualità e Rischio clinico dell'Azienda sulla base dei documenti di indirizzo e programmazione del Ministero della Salute, dei Piani Sanitari Nazionali e Piani Sanitari Regionali, implementa l'insieme delle varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, promovendo la crescita di una cultura organizzativa dei processi assistenziali e di cura.

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

Cap. 5 - Leadership

5.1 - Leadership e impegno

L'U.O. Qualità e Rischio clinico è incentrata sul tema della sicurezza del paziente (safety patient) e promuove l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;

la gestione del rischio quale strumento del governo clinico è la metodologia che permette attraverso analisi proattive e talora anche reattive, l'individuazione e la valutazione dei rischi per la gestione dei processi decisionali, la vigilanza sull'applicazione dei protocolli di sicurezza delle procedure e tiene conto di tutte le variabili che intervengono nei processi sanitari e che ne determinano fattori di qualità.

Il controllo e la misurazione della qualità in sanità quale strategia complessa richiede costante attenzione per assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento della domanda di salute del bacino di riferimento.

5.2 - Politiche per la qualità

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. In quest'ottica emerge la necessità di istituire un sistema atto a rilevazioni delle segnalazioni del rischio clinico e, attraverso una più ampia azione, l'implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa per la predisposizione di taluni processi decisionali di sistema, il tutto finalizzato a garantire la minimalizzazione dei rischi a favore dei pazienti, dei familiari e degli operatori.

L'U.O.S Gestione Qualità e Rischio Clinico opera secondo i principi di un Sistema per la Qualità che ha progettato, sviluppato e applicato al fine di:

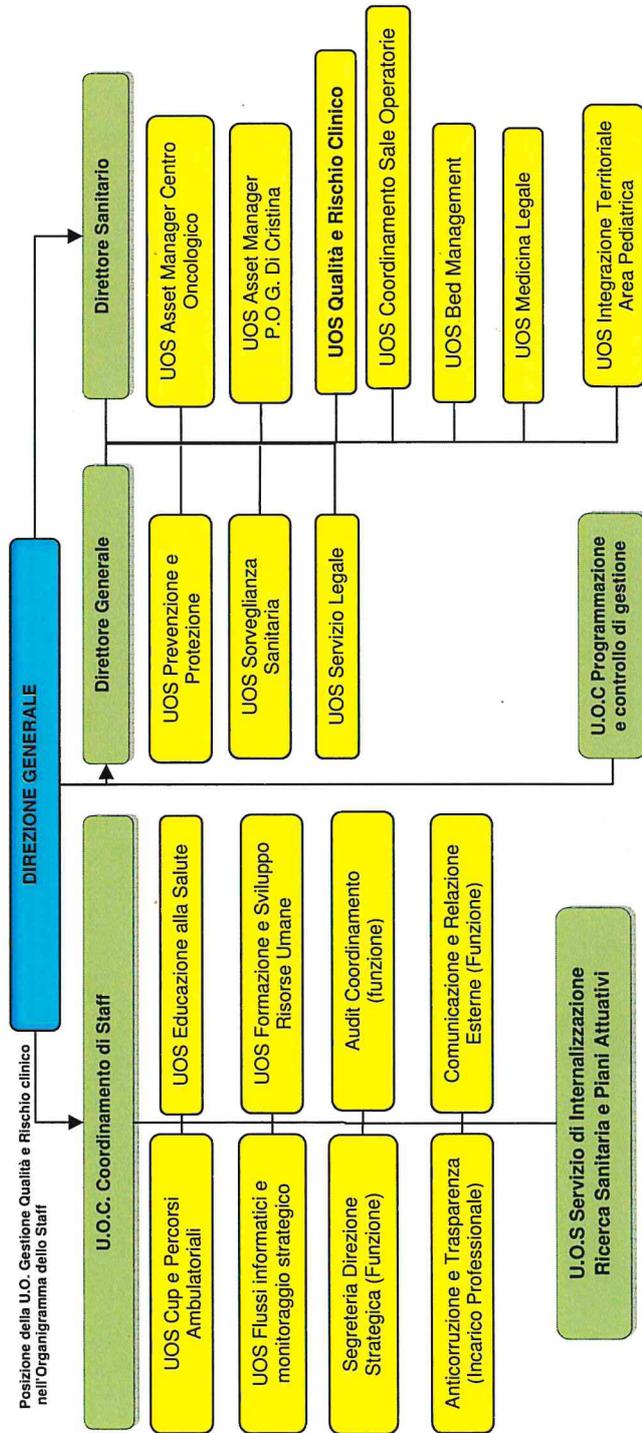
- dimostrare la capacità di erogare prestazioni che ottemperino ai requisiti cogenti applicabili;
- formalizzare e documentare, attraverso procedure e protocolli, le modalità di svolgimento dei processi identificando la sequenza e le interazioni tra le attività, principalmente attraverso lo strumento dei diagrammi di flusso, in modo da renderli ripetibili e più efficienti;
- definire punti di controllo e review (riesame) delle attività, dei servizi per garantire l'efficace attuazione dei processi stessi;
- identificare gli indicatori per monitorare e misurare la efficacia ed efficienza delle attività;
- definire obiettivi di miglioramento quando necessari;
- garantire la disponibilità delle informazioni (dati e documenti) per attuare correttamente tali processi ;
- programmare audit finalizzati a colmare gap formativi effettivi, coerenti con gli obiettivi dell'azienda, e con la mission dell'azienda, che tengano conto delle necessità degli utenti finali (i pazienti) per i quali, alla fine, l'azienda ha ragione di esistere;
- accrescere la soddisfazione degli utenti tramite il miglioramento continuo del sistema.

| | | |
|--|---|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Istituto Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p>Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p>Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|--|---|---|

5.3 Ruoli e Responsabilità

L'UOS dello Staff della Direzione Generale dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, "Gestione Qualità e Rischio Clinico" (GQRC) è coordinata dalla Dott.ssa Maria Grazia Laura Marsala e si avvale della collaborazione della Dott.ssa Filomena Randazzo, della Dott.ssa Maria Rita Amato e della Dott.ssa Giulia Focarino. Le funzioni e le loro correlazioni nell'organizzazione, incluse le responsabilità ed autorità, sono state definite di seguito:

- **Organigramma dello Staff - Posizione della U.O.S Gestione Qualità e Rischio Clinico" (GQRC)**
- **Funzionigramma della U.O.S Gestione Qualità e Rischio Clinico" (GQRC)**

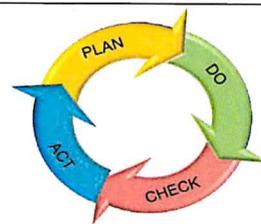




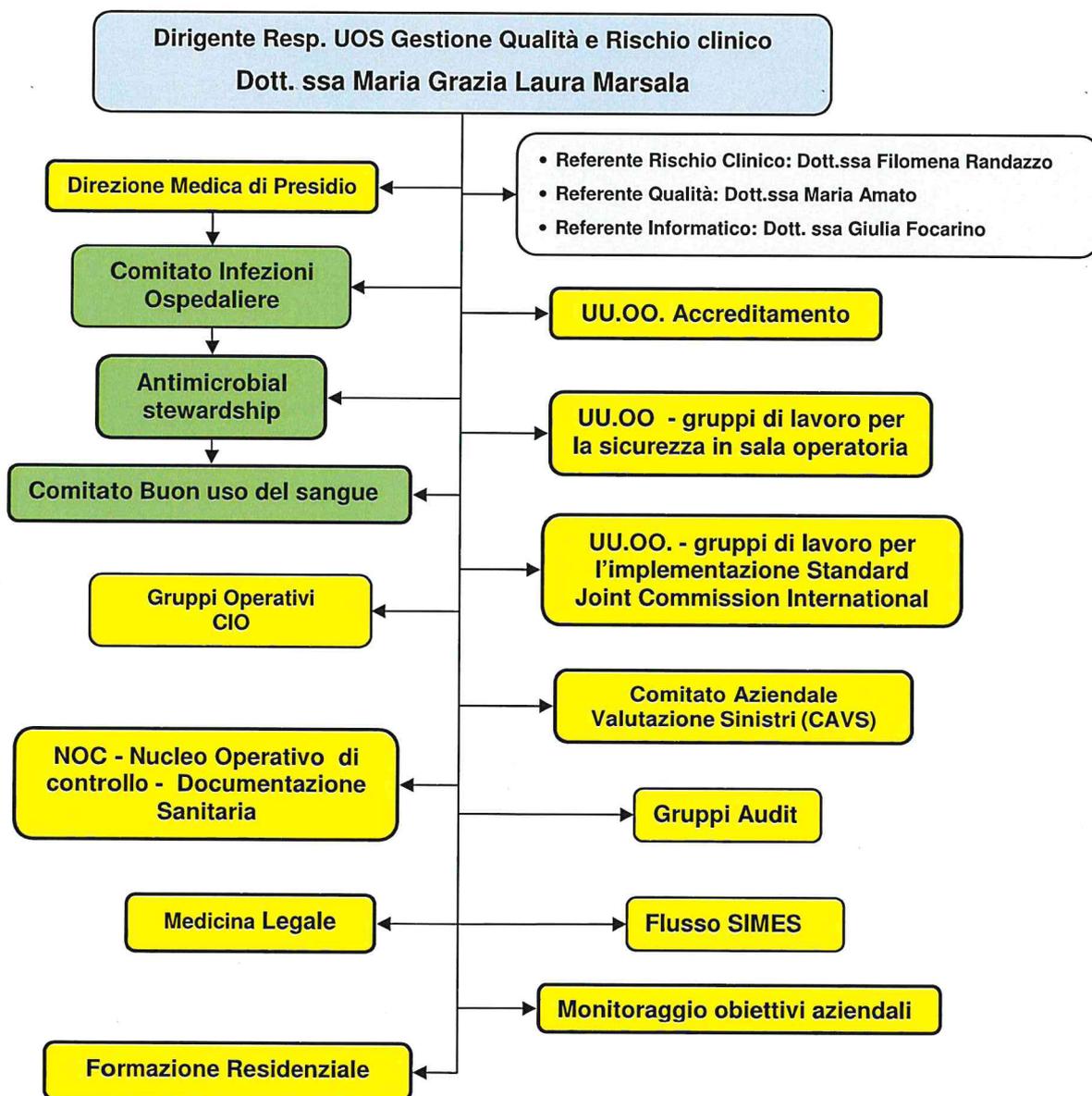
Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023

Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015



La “rete” di gestione del rischio clinico



| | | |
|---|---|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|---|---|

Capitolo 6 - Pianificazione

6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per loro raggiungimento

L'UOS dello Staff della Direzione Generale dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, "Gestione Qualità e Rischio Clinico" (GQRC) ha il compito di pianificare, progettare, coordinare e monitorare tutti i processi dell'organizzazione nel rispetto della coerenza con gli obiettivi cogenti di interesse nazionale e quelli di interesse regionale, quali obiettivi strategici Aziendali.

OBIETTIVO n.1: SICUREZZA DEI PAZIENTI:

- Implementazione 65 Standard Joint Commission previsti dal D.A. 1528 del 12/8/2011
- Diffusione e implementazione 19 raccomandazioni del Ministero della Salute
- Implementazione Check List sala operatoria e verifica della corretta applicazione della stessa
- Attività Comitato Aziendale Valutazione Sinistri
- Produzione di Procedure e PDTA Aziendali orientate alla Sicurezza delle Cure
- Programma Regionale di sorveglianza e controllo delle ICA

1) Implementazione 65 Standard Joint Commission previsti dal D.A. 1528 del 12/8/2011

Con il D.A. 1528 del 12/8/2011 l'Assessorato alla Salute ha pubblicato il manuale contenente gli Standard per gli ospedali declinati esplicitamente in un "Manuale per la Gestione del Rischio Clinico". Si tratta di 65 standard che intercettano gran parte delle aree assistenziali degli ospedali senza trascurare aree a carattere tipicamente amministrativo. La U.O. è attiva nella valutazione continua del rispetto di tali Standard anche utilizzando tecniche bottom-up (autovalutazione)

2) Diffusione e implementazione 19 Raccomandazioni del Ministero della Salute:

Le Raccomandazioni del Ministero della Salute sono uno strumento essenziale come punto di riferimento delle buone pratiche da applicare ai percorsi clinico organizzativi. Ciascuna delle Raccomandazioni contiene i canoni essenziali al fine di prevenire errori che potrebbero avere anche conseguenze gravissime. La modalità comunicativa attraverso la quale vengono espresse consente anche utili spunti formativi specifici per alcune aree organizzative oltre a consentire un continuo aggiornamento del personale sanitario cui esse sono rivolte.

3) Implementazione Check List sala operatoria e verifica della corretta applicazione

La sicurezza in sala operatoria si giova di strumenti di verifica tra i quali l'uso della Check List di controllo ha ormai assunto valenza mondiale. L'implementazione di tale modello comportamentale abbate significativamente il rischio di errori ed eventi sentinella dalle conseguenze devastanti non solo per i pazienti ma anche per le ricadute sugli operatori e sull'immagine dell'ospedale. L'implementazione va verificata di presenza attraverso l'uso di appositi questionari valutativi da parte di personale addestrato.

4) Attività Comitato Aziendale Valutazione Sinistri

L'attività del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS) è stata istituita con DA 28/12/2011. Le sue finalità coincidono con processi di economicità e trasparenza oltre che consentire al Risk Manager di ottenere dati preziosi per la prevenzione degli errori non segnalati/segnalabili e la mappatura aziendale degli stessi. I dati verranno puntualmente inseriti nell' apposito Flusso SIMES loro dedicato.

5) Produzione di Procedure e PDTA Aziendali orientate alla Sicurezza delle Cure

E' necessaria una continua attività di supporto alle UU.OO. nella produzione di documenti atti a definire con chiarezza "chi-fa-che cosa" soprattutto nelle pratiche correlate alla sicurezza delle cure onde evitare pericolose duplicazioni o peggio omissioni dovute a misconoscenza di ruoli e compiti. E' altrettanto necessario che i documenti rispecchino una coerenza standardizzata che declini in sequenza i passaggi necessari all'eshaustività dei contenuti di una procedura (scopo, obiettivo, abbreviazioni, diagrammi, Matrici Responsabilità, Indicatori etc.).

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

Nel corso dell'anno 2017 un importante provvedimento legislativo ha introdotto importanti innovazioni in materia di Sicurezza delle Cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie: la legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli - Bianco) - "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata sulla G.U. n 64 del 17/03/2017 ed entrata in vigore il 1/04/201, che sottolinea l'importanza dell'osservanza delle Linee Guida nella pratica assistenziale:

Articolo 5 - Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

“Comma 1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico - scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale.

In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico - assistenziali.”

La legge n. 24/2017 risponde principalmente a due problematiche: la mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica, è dunque orientata alla ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che permetta, da una parte ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, e dall'altra garantendo ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

6) Programma Regionale di sorveglianza e controllo delle ICA

Le ICA e l'antimicrobico-resistenza costituiscono un serio problema per la sanità e con un forte impatto anche economico, le politiche regionali di controllo delle infezioni definiscono le modalità di sorveglianza delle ICA per monitorare le dimensioni del problema attraverso i dati epidemiologici rilevati.

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

OBIETTIVO n.2: EFFICACIA E APPROPRIATEZZA

- Prevenzione TEV (Tromboembolismo venoso)
- Prevenzione inappropriata e complicanze taglio cesareo
- Monitoraggio dati PNE (Programma Nazionale di Valutazione Esiti)
- Qualità della documentazione clinica

1) Prevenzione Tromboembolismo venoso (TEV)

Il Sistema regionale linee guida ha pubblicato la Raccomandazione n.1 sulla prevenzione del tromboembolismo venoso. Con espresso invito da parte dell'assessorato tale raccomandazione va diffusa tra tutti gli operatori dell'azienda, ne va verificata, sia direttamente con apposite verifiche, che indirettamente, attraverso l'analisi del flusso di ritorno del PACA, la reale applicazione sui pazienti. Il monitoraggio e l'intervento in eventuali aree che mostrino scostamenti dagli obiettivi prefissati può essere oggetto di appositi piani di miglioramento da condividere con gli operatori delle UU.OO..

2) Prevenzione inappropriata e complicanze taglio cesareo

La tecnica del "Parto Cesareo" ha avuto nel tempo una applicazione sempre più diffusa in quanto in determinate condizioni cliniche riduce i rischi per la salute delle donne e dei neonati. Tuttavia nel tempo si è assistito ad un incremento "anomalo" dell'uso di questa tecnica che in alcune realtà raggiunge dimensioni tali da far pensare ad un uso inappropriato della stessa. L'Assessorato alla Salute, sulla scorta delle linee guida diffuse dal Ministero della Salute nel Gennaio 2012 attraverso l'ISS-Sistema Nazionale Linee Guida, e sollecitando l'applicazione della stessa ha fissato dei limiti per le Aziende Ospedaliere (20% di parti cesarei sul totale dei parti). I dati, desumibili in collaborazione col SIS, vanno monitorati costantemente intercettando tempestivamente tendenze al superamento di tale soglia al fine di individuare i correttivi più opportuni.

3) Monitoraggio dati PNE (Programma Nazionale Esiti)

Il progetto nazionale di valutazione esiti ha lo scopo di omogeneizzare la valutazione qualitativa delle performances degli Ospedali. I dati sono prodotti attraverso una serie di indicatori di esito che, opportunamente modulati da tecniche statistiche di Risk Adjustment, riescono a individuare con sufficiente precisione aree critiche su cui intervenire in maniera proattiva con la condivisione di piani di miglioramento dedicati. Il monitoraggio dei dati individuati dal Programma Nazionale in collaborazione con l'U.O. SIS contribuisce significativamente all'individuazione precoce di aree di *substandard care* se non addirittura di rischio. In particolare l'Assessorato alla salute ha inserito tra gli obiettivi delle Direzioni Generali il monitoraggio di alcuni specifici indicatori il cui discostamento da valori attesi deve comportare l'attivazione di percorsi di audit miranti a comprendere le cause dell'inappropriatezza organizzativa e ove possibile rimuoverle con adeguati piani di miglioramento e l'elaborazione di appositi PDTA.

4) Qualità della documentazione clinica

Studi effettuati negli anni scorsi dall'Assessorato della Salute, e recenti risultanze derivate dalle verifiche dell'ASP, hanno evidenziato una allarmante bassa qualità della documentazione clinica contenuta nelle cartelle cliniche. La diretta conseguenza è la carenza nella trasmissione delle informazioni fondamentali per il percorso di cura del paziente ricoverato. Talvolta l'esiguità di queste informazioni, in certi casi persino l'assenza, predispone ad errori che possono rivelarsi fatali. Lo studio della qualità della documentazione clinica può fornire alle Direzioni strategiche informazioni utili al fine di interventi atti a prevenire le criticità riferite in precedenza e le sanzioni economiche previste dal PACA (**Piano Aziendale dei Controlli Analitici**)

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Riferimento Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

OBIETTIVO n.3: NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- **Accreditamento Punti Nascita**
- **Alimentazione Flusso Simes**
- **Aggiornamento Carta dei Servizi**

1) Accreditamento Punti Nascita

Il D.A. "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita" del 2/12/2011 (GURS n. 1 del 56/1/2012) e successivi provvedimenti dell'Assessorato alla Salute hanno dettato precise linee guida e requisiti onde assicurare al delicato percorso della nascita standard di sicurezza e qualità in grado di tutelare sia il nascituro che la madre da carenze potenzialmente pericolose sia dal punto di vista strutturale/tecnologico che organizzativo. A completamento del percorso il DASOE 8 ha predisposto un apposito software auto valutativo in grado di rappresentare anche un percorso di miglioramento con cui confrontare le iniziative coerenti con i riferimenti legislativi. Il possesso dei requisiti previsti sarà oggetto di puntuale valutazione e monitoraggio.

2) Alimentazione Flusso Sistema Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)

Il D.M. dell'11 dicembre del 2009 ha istituito il flusso informativo per gli errori in sanità denominato Flusso SIMES. Tale flusso di informazioni verso il Ministero della Salute per l'area NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) ha lo scopo di creare un database nazionale utile al monitoraggio degli eventi avversi al fine di orientare gli interventi di prevenzione degli stessi. L'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, con l'istituzione della figura dei Risk Manager (D.A. 23 dicembre 2009), ha delegato a queste figure il riconoscimento, la segnalazione e il trattamento con opportuni strumenti degli Eventi Sentinella, obbligandone all'inserimento nel database nazionale tutte le volte che questi dovessero ricorrere nelle Aziende Ospedaliere di propria competenza. L'alimentazione di tale flusso informativo riguarda anche il versante del contenzioso per il quale il flusso riserva apposito spazio informativo. Il dato aggregato nei due database consente di mappare le aree aziendali a maggior rischiosità ed elaborare opportune azioni di prevenzione.

3) Aggiornamento Carta dei Servizi

La Finanziaria 2008, all'Art. 54-ter (Tutela degli utenti dei servizi pubblici locali) definisce La "Carta dei Servizi" *"...il mezzo attraverso il quale qualsiasi oggetto che eroga un servizio pubblico individua gli standard della propria prestazione, dichiarando i propri obiettivi e riconoscendo specifici diritti in capo al cittadino-utente-consumatore. Attraverso la Carta dei Servizi i soggetti erogatori di servizi pubblici si impegnano, dunque, a rispettare determinati standard qualitativi e quantitativi, con l'intento di monitorare e migliorare le modalità di fornitura e somministrazione".* Anche il D.A. 890/2002 e il recente D.A. del 17 Maggio 2021 sull'Accreditamento Istituzionale "Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture" (GURS N.24 del 4 Giugno 2021) dedica grande attenzione alla Carta dei Servizi prevedendone un aggiornamento annuale. Tale processo di empowerment che coinvolge tutte le UU.OO. è coordinato da un apposito gruppo di lavoro che fa capo alla U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico in collaborazione con la U.O. Informatizzazione e Telecomunicazioni che ne cura gli aspetti divulgativi sul portale aziendale. Il raggiungimento dell'obiettivo oltre che costituire un adempimento istituzionale costituisce un target qualitativo di importanza strategica per l'area della "Qualità Percepita" dall'utente.

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

Capitolo 7 - Supporto

7.1 Risorse Umane

La Direzione Aziendale considera le risorse umane come fattore strategico di sviluppo, riservando alle stesse particolare attenzione per la loro formazione, per la soddisfazione e l'analisi dei bisogni degli stessi.

Il modello gestionale tiene conto del processo di comunicazione interna, del loro coinvolgimento e della loro motivazione attraverso la consapevolezza del proprio ruolo all'interno di una organizzazione.

Il modello organizzativo dell'UOS dello Staff della Direzione Generale dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, "Gestione Qualità e Rischio Clinico" (GQRC) coinvolge, valorizza e supporta tutte le professionalità nella applicazione e implementazione delle procedure aziendali. Gli obiettivi sono rappresentati mediante l'adozione di linee guida, protocolli, con verifica dei risultati mediante opportuni indicatori di processo. La cultura, il metodo, la tenacia e la formazione sono i punti cardine nel processo del miglioramento continuo, la qualità deriva dalle persone, dal loro impegno, dal loro interesse e dalla ferma convinzione che tutto possa essere migliorato, essa consta di virtù personali come la coerenza, la passione, l'attenzione, l'entusiasmo.

7.2 Competenza

L'UOS dello Staff della Direzione Generale dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, "Gestione Qualità e Rischio Clinico" (GQRC) si avvale di professionisti quali facilitatori **per il miglioramento continuo della Qualità e Risk Management**, sono professionisti appartenenti a differenti ruoli, con competenze specifiche delle tecniche manageriali, della metodologia per la cultura della qualità ed esperti delle dinamiche di gestione dei gruppi; essi raccordano con il responsabile per gli interventi e le attività connesse agli audit e al controllo dell'applicazione delle procedure. Supportano le attività dei vari professionisti delle UU. OO. per i compiti e le funzioni nell'ambito della struttura di assegnazione per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

7.3 Consapevolezza

Le sfide imposte dalla complessità degli attuali contesti (esterno ed interno all'organizzazione) richiedono di *gestire adeguatamente la conoscenza* → poichè il *management della conoscenza (knowledge management)* è presupposto fondamentale per la consapevolezza di tutti gli operatori dell'organizzazione e si determina solo attraverso una efficiente comunicazione. L'UOS "Gestione Qualità e Rischio Clinico" garantisce che i professionisti siano consapevoli:

- della politica per la qualità
- dei pertinenti obiettivi aziendali
- del proprio contributo all'efficacia del sistema aziendale compresi i benefici derivanti dal miglioramento delle prestazioni.

7.4 Comunicazione

La comunicazione è la parte determinante dell'attività; attraverso la comunicazione fluiscono le informazioni. Tali informazioni sono il principale elemento attraverso cui viene realizzata la valutazione dell'organizzazione, dei processi, dell'organizzazione. Una buona ed adeguata comunicazione facilita i rapporti di collaborazione e la efficacia dei processi assistenziali.

I processi di informazione e comunicazione si determinano per effetto sinergico di più fattori:

- aggiornamento dei professionisti in merito alle decisioni prese dal management;
- condivisione dei processi decisionali dei partecipanti all'organizzazione dentro e tra i livelli della struttura;

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p>Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p>Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

- condivisione delle procedure, protocolli, linee guida, PDTA, in essere;
- comunicazione circa gli aggiornamenti e le revisioni della documentazione in essere;
- condivisione dei risultati raggiunti e delle informazioni relative alle valutazioni pianificate per i processi di miglioramento;

7.7 Informazioni documentate

L'UOS dello Staff della Direzione Generale dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, "Gestione Qualità e Rischio Clinico" (GQRC) ha predisposto e documentato il lavoro svolto negli anni relativo al proprio Sistema di gestione attraverso la redazione e l'implementazione di Procedure, PDTA, Protocolli, Linee Guida, Diagrammi di Flusso, Istruzioni Operative, Moduli e Schede di valutazione secondo la Normativa Internazionale, Nazionale e Regionale di riferimento, documentazione organizzativo - gestionale (modulistica e istruzioni di lavoro e/o di controllo, ...), documenti e dati informatici di riferimento e dispone della raccolta integrale dei documenti. L'UOS "Gestione Qualità e Rischio Clinico" (GQRC) prevede che i documenti siano approvati in termini di adeguatezza prima dell'emissione, che siano revisionati in caso di aggiornamento e che vengano distribuiti in maniera controllata; ogni richiesta di modifica approvata viene immediatamente realizzata mediante la revisione del documento applicabile e la sua emissione da parte del responsabile competente (in modo conforme alla modifica richiesta). La modifica al documento diventa esecutiva dalla data di emissione/approvazione del nuovo documento emesso.

L'UOS "Gestione Qualità e rischio clinico" altresì ha una pagina dedicata nell'ambito del sito internet aziendale, i cui contenuti sono consultabili al seguente link,

<https://www.arnascivico.it/index.php/organizzazione-2/struttura-dell-azienda/78-organizzazione-aziendale/area-direzione-generale/commissario-straordinario/21-sistema-qualita-aziendale-accreditamento>

7.7.2 Gestione dei documenti

La gestione delle informazioni documentate si giustificano con la necessità di fornire al personale informazioni corrette ed aggiornate per lo svolgimento dei processi relativi all'organizzazione, in modo da minimizzare il rischio e promuovere eventuali azioni correttive e/o di miglioramento ove necessario.

7.7.3 Gestione dei documenti di registrazione della Qualità

I documenti di registrazione sono predisposti e conservati per fornire evidenza della conformità ai requisiti e dell'efficace funzionamento del Sistema di Gestione per la Qualità e Rischio clinico Aziendale e sono declinati in:

- Piani di progettazione;
- Pianificazione e monitoraggio degli Obiettivi per la Qualità;
- Documenti e dati informatici di riferimento;
- Attività di riesame, verifica e validazione delle attività;
- Attività di pianificazione ed esecuzione audit interni;
- Attività di gestione delle conformità ed ogni documento utilizzato per gestire le **non conformità** rilevate;
- Attività di modifica della documentazione;

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p>Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p>Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

Capitolo 8 - Attività Operative

8.1 Pianificazione e controllo operativi

La **pandemia da Covid-19**, ha fortemente influenzato le attività usuali (regolate dal D.A. del 23/12/2009 pubblicato in GURS n.3 del 22/1/2010), svolte dalla U.O. GQRC sia sotto il profilo proattivo che reattivo, condizionando principalmente le consuete attività di verifica on site.

La U.O. GQRC ha dovuto riorientare le proprie attività rivolgendole prevalentemente alla redazione e periodica revisione dei percorsi aziendali in funzione delle necessità variabili dell'Azienda in coerenza con l'andamento epidemico e le indicazioni che via via gli organi sovra ordinati chiedevano di seguire all'Azienda Ospedaliera.

8.3 Progettazione e sviluppo

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo **n.1 - SICUREZZA DEI PAZIENTI**

| | |
|--|---|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott. ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N.1 – SICUREZZA DEI PAZIENTI | |
| Titolo del progetto | Implementazione Standard per gli ospedali (D.A. 1528 del 12/8/2011) |
| Motivazione della scelta | Percorso di miglioramento standardizzato e dotato di cogenza. Flessibilità d'uso e misurabilità variabile del raggiungimento degli obiettivi |
| Area di intervento | Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente |
| Ambito di intervento | UU.OO. Aziendali |
| Obiettivo generale del progetto | Misurare in maniera omogenea e condivisa il raggiungimento di Standard di Sicurezza dei percorsi clinico assistenziali |
| Strumenti e metodi | On Site Visit secondo metodologia Joint Commission |
| Obiettivi specifici del progetto | Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. degli Standard Generali e specifici di pertinenza |

| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
|--|--------------------|
| Indicatore | Modalità di misura |
| Numero di Standard Raggiunti / Numero di standard proposti = >90% | On Site Visit |

| CRONOGRAMMA | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
|------------------|--|---------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| Risorse | Responsabilità | | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | UU.OO. Aziendali per gli Standard pertinenti | X | | | | | | | | | | | |
| 2022/2023 | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p>Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p>Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|---|---|

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo n.1 - **SICUREZZA DEI PAZIENTI**

| | |
|---|---|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott.ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N.1 – SICUREZZA DEI PAZIENTI | |
| Titolo del progetto | Diffusione e implementazione Raccomandazioni del Ministero della Salute |
| Motivazione della scelta | Prevenzione degli errori |
| Area di intervento | Qualità dell'assistenza erogata |
| Ambito di intervento | UU.OO. Aziendali |
| Obiettivo generale del progetto | Attività di prevenzione proattiva degli errori |
| Strumenti e metodi | Raccomandazioni del Ministero della Salute: Diffusione e monitoraggio della implementazione |
| Obiettivi specifici del progetto | Diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli errori e l'implementazione di buone pratiche al fine di diminuire la probabilità di accadimento degli eventi avversi |
| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
| Indicatore | Modalità di misura |
| N° di raccomandazioni pubblicate dal Ministero / n° di raccomandazioni diffuse in Azienda | Pubblicazione ed eventuale aggiornamento su portale Web aziendale e invio in email a tutti gli operatori aziendali |
| N° di raccomandazioni pubblicate dal Ministero / n° di raccomandazioni implementate in Azienda | Audit periodico nelle UU.OO. per la verifica dell'implementazione delle Raccomandazioni pertinenti |

| CRONOGRAMMA | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
|-------------------------------------|--|---------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| Risorse | Responsabilità | | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | UU.OO. Aziendali per le Raccomandazioni pertinenti | X | | | | | | | | | | | |
| AUDIT MONITORAGGIO ATTIVITA' | | | | | | | | | | | | | |
| 2022/2023 | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|---|---|

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo n.1 - **SICUREZZA DEI PAZIENTI**

| | |
|--|---|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott.ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N.1 – SICUREZZA DEI PAZIENTI | |
| Titolo del progetto | Check List Sala Operatoria |
| Motivazione della scelta | Prevenzione degli errori - Implementazione buone pratiche |
| Area di intervento | Risk Management |
| Ambito di intervento | UU.OO. Aziendali dove si effettuano interventi Chirurgici |
| Obiettivo generale del progetto | Implementazione e monitoraggio corretta applicazione Check List Sala operatoria |
| Strumenti e metodi | Uso Check List Sala Operatoria e strumento di monitoraggio proposta da Assessorato alla Salute – DASOE 8 |
| Obiettivi specifici del progetto | Monitorare la sicurezza del percorso assistenziale del paziente chirurgico |

| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
|---|--|
| Indicatore | Modalità di misura |
| Numero di osservazioni corrette/ Numero di osservazioni effettuate = > 80% | Lista di verifica proposta da Assessorato della Salute per l'osservazione dell'applicazione della Check List |

| CRONOGRAMMA (dettato da circolari dell'Assessorato della Salute DASOE 8) | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
|--|---|--------------|----------|---------------------------|--------|--------|--------|-----------------------------------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| Risorse | Responsabilità | Applicazione | | MONITORAGGIO ATTIVITA' | | | | Verifiche con scheda specifica | | | | | |
| Aziendali | U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico | | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | Referenti di U.O. | | | | | | | | | | | | |
| 2022/2023 | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
|  Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione | Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023 Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015 |  |
|---|---|---|

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo n.1 - **SICUREZZA DEI PAZIENTI**

| | |
|--|--|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott.ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N.1 – SICUREZZA DEI PAZIENTI | |
| Titolo del progetto | Monitoraggio sinistrosità aziendale |
| Motivazione della scelta | Definizione della rischiosità aziendale per aree specifiche |
| Area di intervento | Risk Management |
| Ambito di intervento | UU.OO. Aziendali ed Amministrative |
| Obiettivo generale del progetto | Incident reporting "indiretto" – Individuazione di aree a maggiore "sofferenza" legale |
| Strumenti e metodi | Monitoraggio e analisi flusso specifico di contenziosi da U.O. Assicurazioni e da U.O. Legale - Collaborazione attiva con CAVS (Comitato Aziendale Valutazione Sinistri) |
| Obiettivi specifici del progetto | Identificazione di aree aziendali a maggiore contenziosità per effettuare appropriate indagini proattive ed implementare azioni di prevenzione e/o miglioramento |

| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
|--|---|
| Indicatore | Modalità di misura |
| n° partecipazioni a riunioni CAVS/ n° totale riunioni CAVS Realizzazione di mappatura del "contenzioso clinico" aziendale | Dati desumibili da flusso Simes e /o Segnalazioni U.O. Legale ed Assicurazioni |

| CRONOGRAMMA | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
|--------------------|---|---|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| Risorse | Responsabilità | | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O. Servizio Legale e Assicurazioni | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | Comitato Aziendale Valutazione Sinistri | X | | | | | | | | | | | |
| | | RIUNIONI CAVS (prevalentemente a cadenza mensile) Puntuale inserimento dati annuali in flusso SIMES | | | | | | | | | | | |
| | | 2022/2023 | | | | | | | | | | | |

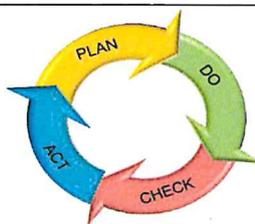
| | | |
|---|---|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|---|---|

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo n. 2 - Efficacia e appropriatezza

| | |
|--|--|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott.ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N.2 – EFFICACIA APPROPRIATEZZA | |
| Titolo del progetto | PREVENZIONE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) |
| Motivazione della scelta | Implementazione Raccomandazione Ministeriale e Regionale |
| Area di intervento | Risk Management |
| Ambito di intervento | UU.OO. Aziendali |
| Obiettivo generale del progetto | Diminuzione casi di TEV |
| Strumenti e metodi | Raccomandazione Ministeriale diffusa a tutti gli operatori – report e/o audit – implementazione scheda aziendale |
| Obiettivi specifici del progetto | Diminuzione dei casi di TEV |

| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
|--|--|
| Indicatore | Modalità di misura |
| Numero di casi TEV 2013 > Numero casi TEV 2022/2023 > numero casi TEV 2022/2023 | SDO (indicatore diretto) |
| n° Valutazioni rischio TEV previste / n° Valutazioni rischio TEV effettuate = >80% | Valutazione NOC su campione PACA interno |

| CRONOGRAMMA | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembr | Ottobre | Novembr | Dicembre | |
|----------------|--|--|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|---------|---------|----------|---|
| Risorse | Responsabilità | MONITORAGGIO APPLICAZIONE RACCOMANDAZIONE ED USO DELLE SCHEDE AZIENDALI (PACA) | | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico | | | | | | | | | | | | | X |
| Aziendali | U.O. SIS | | | | | | | | | | | | | X |
| | | 2022/2023 | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023 Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015 |  |
|---|---|---|

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo n. 2 - **Efficacia e appropriatezza**

| | |
|--|--|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott.ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N.2 – EFFICACIA APPROPRIATEZZA | |
| Titolo del progetto | VALUTAZIONE E MONITORAGGIO INDICATORI PNE |
| Motivazione della scelta | Miglioramento della Qualità delle prestazioni – Benchmarking |
| Area di intervento | Qualità dell'assistenza |
| Ambito di intervento | U.O. Ostetricia e Ginecologia |
| Obiettivo generale del progetto | Applicazione linee guida nazionali e regionali per l'appropriatezza del Taglio Cesareo Analisi delle motivazioni dello scostamento dal valore atteso |
| Strumenti e metodi | Diffusione Linee Guida – SDO – Monitoraggio Criteri di Robson |
| Obiettivi specifici del progetto | Mantenimento numerosità parti con Taglio Cesareo (TC) entro limiti previsti da Assessorato (20%) – Analisi del dato al netto delle complicanze |

| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
|--|--|
| Indicatore | Modalità di misura |
| numero di TC 2016/ numero di TC 2017= <1% | Flusso SDO / Foglio di lavoro dedicato |

| CRONOGRAMMA | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembr | Ottobre | Novembr | Dicembre |
|----------------|---|------------------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|---------|---------|----------|
| Risorse | Responsabilità | | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O. SIS | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | Ref. QRC U.O. Ostetricia e Ginecologia | X | | | | | | | | | | | |
| | | 2022/2023 | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
|  Cívico Di Cristina Benfratelli Azienda di Riferimento Nazionale ad Alta Specializzazione | Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023 Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015 |  |
|---|---|---|

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo n. 2 - Efficacia e appropriatezza

| | |
|--|---|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott.ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N.2 – EFFICACIA APPROPRIATEZZA | |
| Titolo del progetto | VALUTAZIONE E MONITORAGGIO INDICATORI PNE |
| Motivazione della scelta | Miglioramento della qualità delle prestazioni - Benchmarking |
| Area di intervento | Qualità dell'assistenza |
| Ambito di intervento | UU. OO. Aziendali |
| Obiettivo generale del progetto | Valutazione delle performance secondo PNE con particolare riferimento a: a) Interventi frattura femore entro 48 ore per i paz. > 65 aa. b) Tempestività effettuazione PTCA nei casi di IMA STEMI (1GG E 1 ORA) c) Dimissione entro 2gg. dopo colecistectomia per via laparoscopica |
| Strumenti e metodi | SDO – Monitoraggio report Agenas |
| Obiettivi specifici del progetto | Monitoraggio posizioni difformi da media nazionale – Progettazione ed implementazione piani di miglioramento |

| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
|--|----------------------|
| Indicatore | Modalità di misura |
| Indicatori AGENAS / Verifiche dati SIS | Report SIS Aziendale |

| CRONOGRAMMA | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
|----------------|--|------------------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| Risorse | Responsabilità | | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O. SIS | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | UU. OO. coinvolte nel progetto indicatori AGENAS | X | | | | | | | | | | | |
| | | 2022/2023 | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|---|---|
|  Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione | Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023 Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015 |  |
|--|---|---|

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo n. 2 - Efficacia e appropriatezza

| | |
|--|--|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott.ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N.2 – EFFICACIA APPROPRIATEZZA | |
| Titolo del progetto | QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA |
| Motivazione della scelta | Miglioramento della Qualità della documentazione clinica Sicurezza delle informazioni |
| Area di intervento | Qualità dell'assistenza |
| Ambito di intervento | UU. OO. Aziendali |
| Obiettivo generale del progetto | Miglioramento complessivo della qualità della documentazione clinica Appropriatezza Organizzativa |
| Strumenti e metodi | PACA (Piano Annuale dei Controlli Analitici) |
| Obiettivi specifici del progetto | Individuazione delle specifiche aree di miglioramento della qualità della documentazione clinica – Favorire una migliore comunicazione delle informazioni cliniche – abbattimento sanzioni NOC Esterni |

| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
|---|--|
| Indicatore | Modalità di misura |
| Numero di cartelle esaminate / Numero totale di cartelle campionate = >95% | Schede per la valutazione degli obiettivi del PACA |

| CRONOGRAMMA | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|---|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Risorse | Responsabilità | (Campionamento, ricerca cartelle cliniche, analisi, monitoraggio dei risultati, trasmissione alle UU.OO.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O. SIS | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | Gruppo NOC Aziendale | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | Direzioni mediche di Presidio | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| 2022/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo n. 2 - Efficacia e appropriatezza

| | |
|--|--|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott.ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N.2 – EFFICACIA APPROPRIATEZZA | |
| Titolo del progetto | QUALITA' DELLA SDO |
| Motivazione della scelta | Miglioramento della Qualità delle prestazioni e dei Flussi Informativi SDO |
| Area di intervento | Qualità dell'assistenza |
| Ambito di intervento | UU. OO. Aziendali |
| Obiettivo generale del progetto | Miglioramento complessivo della qualità delle SDO |
| Strumenti e metodi | Griglia di valutazione della qualità della SDO come previsto da schede PACA (Piano Annuale dei Controlli Analitici) |
| Obiettivi specifici del progetto | Individuazione delle specifiche aree di miglioramento della qualità della SDO Corretta compilazione dei singoli campi previsti nella SDO Abbattimento sanzioni NOC esterni |

| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
|--|--|
| Indicatore | Modalità di misura |
| Campione SDO PACA / SDO valutate = >95% | Scheda per la valutazione della qualità della documentazione SDO prevista dal PACA |

| CRONOGRAMMA | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
|------------------|--|---------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| Risorse | Responsabilità | | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O. SIS | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | Gruppo NOC Aziendale | X | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | Direzioni mediche di presidio | X | | | | | | | | | | | |
| 2022/2023 | | | | | | | | | | | | | |

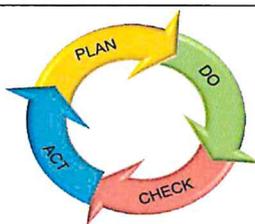
| | | |
|---|---|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Riferimento Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023 Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015 |  |
|---|---|---|

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo n. 3 - **Normativa di Riferimento**

| | |
|--|---|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott.ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N.3 – ADEMPIMENTI NORMATIVI | |
| Titolo del progetto | ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE |
| Motivazione della scelta | Possesso "Requisiti" previsti dal Percorso Accredimento Punti Nascita |
| Area di intervento | Qualità dell'assistenza |
| Ambito di intervento | UU. OO. Aziendali |
| Obiettivo generale del progetto | Valutazione periodica sul possesso dei requisiti previsti dall'accreditamento dei punti nascita tutte le volte che sia richiesto dall'Assessorato Regionale alla Salute |
| Strumenti e metodi | Inserimento ed aggiornamento dati inseriti nel software regionale dedicato |
| Obiettivi specifici del progetto | Adeguamento dell'Azienda alla normativa prevista dall'Accreditamento Punti Nascita per l'area di pertinenza specifica relativa a Qualità e Rischio Clinico |

| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
|--|---|
| Indicatore | Modalità di misura |
| Autovalutazione aziendale nel rispetto della normativa e della tempistica prevista da specifici D.A. | Completamento schede del software regionale rispetto alle necessità aziendali |
| Raggiungimento possesso dei requisiti così come previsto al punto 7 dell'autovalutazione | Requisiti relativi a Sistema di Valutazione e Miglioramento della Qualità previsti dal software regionale per l'autovalutazione dei punti nascita |

| CRONOGRAMMA | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre | |
|--------------------|--|--|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|---|
| Risorse | Responsabilità | MONITORAGGIO ATTIVITA' (Autovalutazioni – Redazione Procedure – Verifiche Standard Strutturali e Tecnologici) | | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O Gestione Qualità e Rischio Clinico | | | | | | | | | | | | | X |
| Aziendali | U.O. Ostetricia e Ginecologia/ U.O.UTIN | | | | | | | | | | | | | X |
| 2022/2023 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023 Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015 |  |
|---|---|---|

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo n. 3 - Normativa di Riferimento

| | |
|--|---|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott.ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N. 3 – ADEMPIMENTI NORMATIVI | |
| Titolo del progetto | Alimentazione del flusso SIMES |
| Motivazione della scelta | Adeguamento alle direttive del Ministero della Salute sulle modalità di segnalazione degli "Eventi Sentinella", attivando il flusso di comunicazione secondo le modalità richieste dallo specifico protocollo ministeriale |
| Area di intervento | Rischio clinico |
| Ambito di intervento | Risk Manager |
| Obiettivo generale del progetto | Trasmettere al competente Ufficio del Ministero della salute tutte le informazioni sugli eventi sentinella occorsi in Azienda tramite lo specifico programma on line del Ministero della salute. |
| Strumenti e metodi | Individuazione degli Eventi Sentinella e utilizzo del flusso informatico ministeriale SIMES |
| Obiettivi specifici del progetto | <ol style="list-style-type: none"> 1. Standardizzare la modalità di segnalazione degli eventi sentinella occorsi 2. Tempestività di trasmissione dei dati con il Ministero 3. Alimentazione database aziendale Eventi Sentinella |

| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
|--|---|
| Indicatore | Modalità di misura |
| N° Eventi Sentinella Segnalati / N° Eventi Sentinella Trattati = 1 | Verifica Lavorazione Schede A e B su sito |

| CRONOGRAMMA | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
|-------------|-----------|------------------|----------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| | | Risorse | Responsabilità | | | | | | | | | | |
| | Aziendali | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | | 2022/2023 | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|---|---|
|  Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione | Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023 Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015 |  |
|--|---|---|

Schede dei progetti per il raggiungimento dell'obiettivo n. 3 - Normativa di Riferimento

| | |
|--|---|
| Azienda | ARNAS "Ospedali Civico, G. Di Cristina, Benfratelli" - Palermo |
| Unità Operativa Gestione Qualità e Rischio Clinico | Responsabile: Dott.ssa Laura Marsala |
| OBIETTIVO N.3 - ADEMPIMENTI NORMATIVI | |
| Progetto 3.4 | |
| Titolo del progetto | Aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale |
| Motivazione della scelta | Adeguamento requisito dell'Accreditamento Istituzionale – Miglioramento della comunicazione agli utenti |
| Area di intervento | Qualità delle prestazioni |
| Ambito di intervento | URP; U.O. Qualità; Direzione aziendale |
| Obiettivo generale del progetto | Aggiornare la carta dei servizi con informazioni fruibili all'utenza. |
| Strumenti e metodi | Verifica ed aggiornamento dei dati attraverso contatto diretto con le UU.OO. |
| Obiettivi specifici del progetto | 1. Velocizzare il ritorno informativo dalle UU.OO. dei dati necessari. 2. Pubblicare sul sito aziendale della Carta dei servizi. 3. Facilitazione all'utenza dell'accesso ai servizi offerti dall'azienda |

| Indicatori di risultato e modalità di misura | |
|--|--|
| Indicatore | Modalità di misura |
| Pubblicazione sul sito aziendale | Verifica campionaria dell'avvenuto aggiornamento |

| CRONOGRAMMA | | Gennaio | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
|-------------|----------------|------------------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| Risorse | Responsabilità | | | | | | | | | | | | |
| Aziendali | U.O. Qualità | X | | | | | X | | | | | | X |
| Aziendali | URP | X | | | | | X | | | | | | X |
| | | 2022/2023 | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Riferimento Nazionale ad Alta Specializzazione</p> | <p align="center">Piano aziendale Qualità e Prevenzione Rischio Clinico 2022/2023</p> <p align="center">Conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015</p> |  |
|---|--|---|

Capitolo 9 - Valutazione delle prestazioni

9.2 Analisi e valutazione

La visione integrata e la conoscenza condivisa degli obiettivi è per l'U.O. "Gestione Qualità e Rischio clinico" una condizione indispensabile per attuare un sistema di gestione integrato per soddisfare efficientemente le esigenze, le aspettative ed i requisiti di tutte le parti interessate dell'organizzazione. La rilevazione periodica dei dati secondo il cronoprogramma di ciascun obiettivo consente di avere già una valutazione sull'andamento del processo e i dati finali ottenuti dal monitoraggio vengono elaborati statisticamente ed analizzati per individuare eventuali aree di criticità o suscettibili di miglioramento.

I risultati di tale indagine sono presi in considerazione, nell'ambito dei previsti riesami della Direzione Aziendale.

La mission della UO è quella di costruire le condizioni clinico organizzative necessarie a sviluppare, in modo sistematico e continuativo, la sorveglianza e il monitoraggio di tutti gli aspetti legati alla qualità, alla sicurezza dei processi assistenziali e dei pazienti al fine di realizzare il necessario cambiamento culturale nelle varie UU.OO. Aziendali.

9.3 Audit Interno

Il mancato raggiungimento di un obiettivo comporta la ricerca immediata della causa del particolare problema e l'attuazione delle azioni necessarie per evitare il ripetersi del problema stesso: le dimensioni del problema e i rischi associati per l'Organizzazione determineranno le azioni da intraprendere.

Affinchè un audit risulti efficace in relazione all'importanza del processo coinvolto l'U.O. "Gestione Qualità e Rischio clinico" definisce e stabilisce i criteri e il campo di applicazione di ciascun audit, ne riporta la frequenza, il metodo, le responsabilità e i documenti di registrazione, e si assicura che i risultati degli audit siano riportati ai pertinenti livelli direzionali.

L'U.O. "Gestione Qualità e Rischio clinico" conserva le risultanze dell'audit e le mantiene come "informazioni documentate" per tracciare le attività.

Capitolo 10 - Miglioramento

10.1 Non conformità ed azioni correttive

La U.O. "Gestione Qualità e Rischio Clinico" valuta e verifica la corretta applicazione delle procedure aziendali attraverso la misurazione degli indicatori di processo / esito e pianifica l'eventuale discussione delle criticità in sede di audit e successiva implementazione di piani di miglioramento e/o eventuali azioni correttive del processo.

10.2 Miglioramento

La U.O. "Gestione Qualità e Rischio Clinico" promuove la partecipazione attiva agli audit clinici per l'analisi degli eventi per aumentare la consapevolezza di tutti i professionisti e favorisce l'interazione multidisciplinare e multi professionale degli operatori mediante la condivisione ed analisi delle attività ed eventuali criticità dei percorsi clinico organizzativi aziendali.

Mettere in atto una sempre più efficace forma di comunicazione e nuovi modelli relazionali con gli operatori sanitari.