



Regione Sicilia



**Azienda Sanitaria
Provinciale di Ragusa**

**PIANO AZIENDALE
DELLA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
2021**

18/06/2021
S. Officina
Dr. Raffaele Elia
IL DIRETTORE SANITARIO
AZIENDALE
Dr. Raffaele Elia

Ogni azienda, che vuole realizzare i propri obiettivi e progetti e al tempo stesso migliorare e consolidare le proprie prestazioni, la propria immagine e competitività, è tenuta a:

- rispettare gli standard qualitativi preventivamente fissati e al tempo stesso migliorarli in conformità a quelle che sono le esigenze in termini di costo, affidabilità e livello di disponibilità;
- assicurare una documentazione idonea all'immediata e piena fruibilità dell'assistenza fornita;
- assistere il paziente durante tutto il percorso di cura ;
- garantire che i servizi forniti rispondano ai requisiti di sicurezza e di legge ed alle normative interne ed ai regolamenti nazionali ed internazionali in materia di qualità;
- predisporre un programma di assicurazione qualità che recepisca tutte le politiche aziendali in merito ai punti precedenti;
- coinvolgere il personale nel processo di assicurazione qualità;

La qualità, in ultima analisi, viene definita dall'utente e indica quanto il progetto e ciascun deliverable siano conformi alle aspettative ed ai requisiti formulati.

Il Sistema Qualità aziendale trova specifica applicazione e interagisce con tutte le attività che influenzano la qualità del progetto. Pertanto, esso interessa tutte le fasi e i processi di sviluppo del Project Management.

Il Piano della Qualità è quindi il documento in cui vengono stabilite le procedure, le risorse e le attività da svolgere a garanzia della qualità del prodotto, progetto o contratto. Attualmente il tema del rischio clinico si pone come argomento di rilevante severità che interessa vari settori della sanità ed ha un forte impatto sociale.

Pertanto, è indispensabile conoscere ed analizzare quest'aspetto dell'assistenza sanitaria, che si colloca nel tema più generale della Qualità e della valutazione dell'outcome.

Nell'ambito delle attività avviate dal Ministero della Salute in tema di Qualità dei servizi sanitari, è stata istituita presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, la Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 marzo 2003), avente come finalità lo studio della prevalenza e delle cause del rischio clinico, la formulazione d'indicazioni generali e l'individuazione di tecniche per la riduzione e gestione del problema.

Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore. Dobbiamo infatti considerare l'errore, componente ineliminabile della realtà umana, come fonte di conoscenza e miglioramento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato l'individuo a sbagliare e mettere in atto iniziative, a vari livelli istituzionali garanti dell'assistenza sanitaria (Aziende Sanitarie, Regioni, Ministero della Salute), che riducano l'incidenza di errori. Perché sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico assistenziale del paziente: solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli

operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni ed, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Redazione

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

Sig.ra Patrizia Galletti
Collaboratrice
U.O.S. Qualità e Rischio Clinico

Dott.ssa Chiara Dieli
Collaboratrice
U.O.S. Qualità e Rischio Clinico

Approvazione

Comitato Rischio Clinico

Ratifica

Arch. Angelo Aliquò - Direttore Generale

Dott. Raffaele Elia – Direttore Sanitario Aziendale

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- migliorare la qualità del servizio offerto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Scopo

Il Piano della Qualità dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa è finalizzato a rendere noto agli operatori aziendali i principi ispiratori del Piano, la metodologia da adottare per promuovere il miglioramento continuo, gli obiettivi aziendali per la qualità nel rispetto delle direttive regionali e aziendali e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Si propone di comunicare agli operatori della sanità, agli utenti, alle associazioni per i diritti del malato e agli organismi istituzionali:

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

La Missione Istituzionale

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

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

La Visione Aziendale

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

Punti essenziali di questa strategia sono:

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

Riferimenti normativi

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

Principi ispiratori

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

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

Metodologia

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

- qualità organizzativa
- qualità tecnico professionale
- qualità percepita

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Principi ispiratori del sistema organizzativo - gestionale sono:

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

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

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

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

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

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

Compiti e funzioni

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

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

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

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

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

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

professionisti appartenenti a differenti ruoli, conoscitori delle tecniche manageriali, della metodologia per la cultura della qualità ed esperti delle dinamiche di gestione dei gruppi; essi raccordano con il responsabile qualità per gli interventi e le attività connesse agli audit e al controllo della applicazione delle procedure. Sono operatori che dispongono di leadership all'interno del gruppo dove operano con "potere" dato pertanto non dall'autorità del ruolo che ricoprono, ma dall'autorevolezza della conoscenza; hanno la funzione di rendere operativi i piani di lavoro connessi agli obiettivi aziendali. Supportano l'attività delle UU. OO. Qualità e Risk Management.

- **Operatori:** ogni dipendente dell'Azienda viene coinvolto nella realizzazione del processo di miglioramento della qualità con i compiti e le funzioni nell'ambito della struttura di assegnazione, tutte le funzioni rappresentano il ruolo di referenti o di facilitatori della qualità.

Obiettivi strategici di riferimento del piano sanitario regionale

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

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

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

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

**QUALITA' INNOVAZIONE DEI PROCESSI PRODUTTIVI AUDIT INTERNO
PIANO OPERATIVO 2021**



Analisi del contesto

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

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

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

Il Distretto Ospedaliero Ragusa 1 comprendente gli Ospedali Riuniti "Giovanni Paolo II" e "M. Paternò Arezzo".

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

L'ASP Ragusa ai fini della stesura del piano per la Qualità ed il Rischio Clinico e più in particolare per la rilevazione delle criticità ha individuato, all'interno degli obiettivi strategici indicati dalla Regione, alcune priorità di intervento, che trovano applicazione nel Piano Qualità Operativo 2020 di seguito descritto.

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

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

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

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

ATTIVITA' SVOLTA NEL 2020 E DA SVOLGERE NEL 2021

CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE E AUDIT INTERNO

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

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

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

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

In tale ottica è stata elaborata una check-list di autovalutazione informatizzata, attraverso la quale si intende effettuare il monitoraggio delle procedure e linee guida in uso e degli elementi già descritti. Al fine di reperire in maniera più efficiente e immediata i dati richiesti all'interno della check list di autovalutazione, è stato utilizzato Google Forms, una app inclusa nella suite di Google Drive.

Nell'ottica di un'implementazione dei sistemi informatizzati all'interno dell'azienda e al fine di avere un monitoraggio aggiornato dei dati, è stato utilizzato un sistema di elaborazione di questionario, contenente tanti quesiti quanti sono i PDTA, le Linee guida e le procedure aziendali.

A supporto di tale attività di monitoraggio verranno effettuati audit interni in almeno il 90% delle UU.OO. dei Presidi Ospedalieri e Territoriali Aziendali tesi a verificare la conformità agli standard dichiarati. Durante gli audit clinici on site, è stato somministrato un questionario anonimo a tutti gli operatori in servizio durante la visita, in cui venivano poste le seguenti domande aperte:

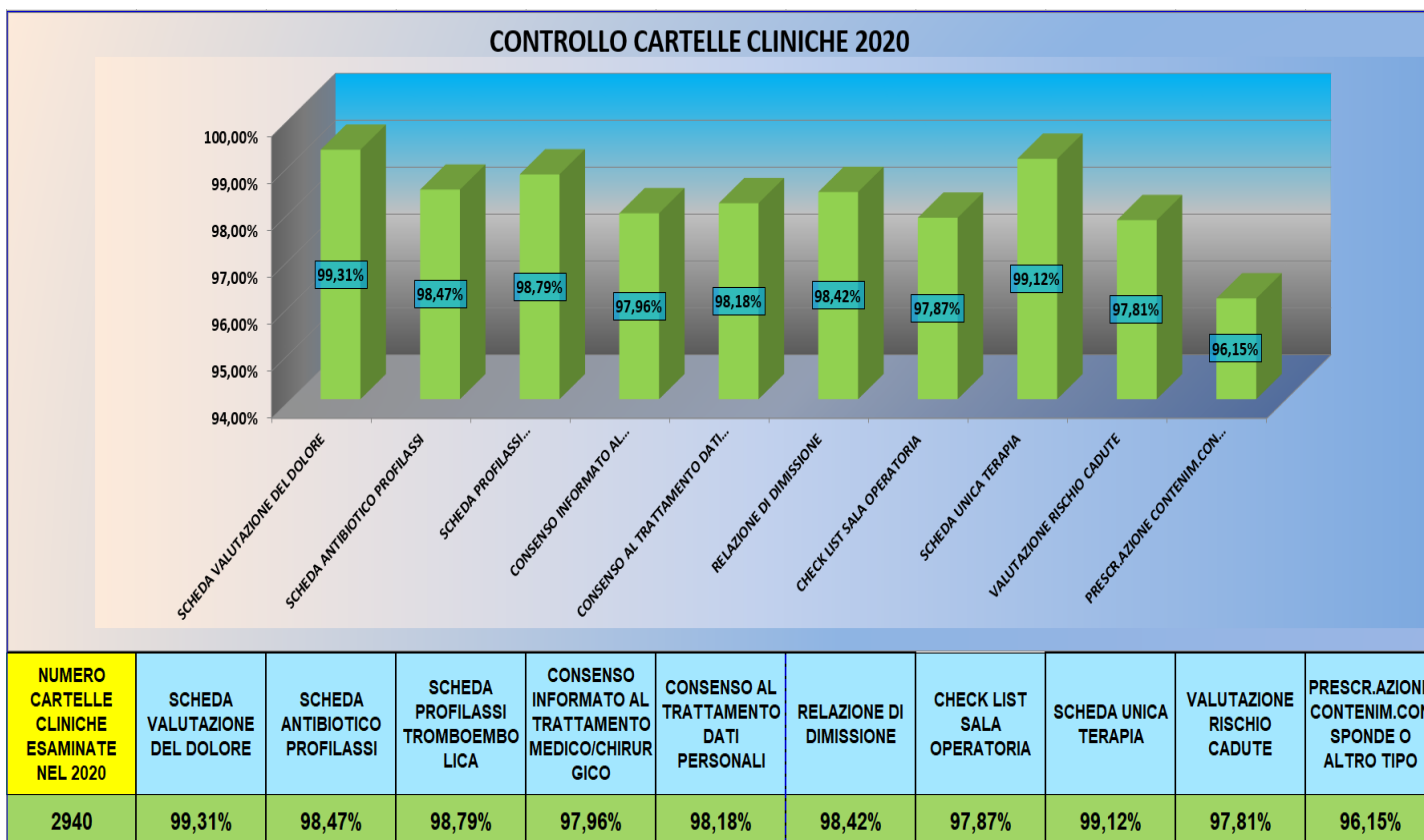
1. Sei a conoscenza di un errore intercettato che avrebbe potuto generare un danno?

2. *Nella vostra attività quali sono le aree maggiormente critiche per la sicurezza del paziente?*
3. *Quali sono le difficoltà nel lavoro di equipe nella tua unità operativa?*
4. *Se commetti un errore o lo segnali, sei preoccupato delle possibili conseguenze personali?*
5. *In che modo la comunicazione nella vostra unità operativa può facilitare o ostacolare la qualità e la sicurezza del paziente?*
6. *Cosa si potrebbe fare per impedire il prossimo evento?*

con lo scopo di fornire, ai direttori delle UU.OO. coinvolte, uno spunto di miglioramento per organizzare un audit clinico che contenga strategie di risoluzione delle criticità evidenziate.

VEDI GRAFICINELLE PAGINE SUCCESSIVE

Attività di Audit in almeno il 90% delle UU OO dei P.O. nell'anno 2021	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio 2022
Verifica di due cartelle cliniche e infermieristiche a campione													
Verifica carrello di emergenza													
Verifica armadio frigo e armadio farmaci													
Verifica controlli funzionalità defibrillatore													
Intervista al personale sulle procedure in uso													
Verifica compilazione modulo valutazione rischio caduta													
Verifica cartella anestesiologicala													
Report attività													



Nel corso dell'anno 2020 il 100% delle UU.OO. ha inviato regolarmente, con cadenza semestrale, la check list di autovalutazione.

Nella ASP di Ragusa erano presenti 51 unità operative, distinte in ospedaliere e territoriali con e senza posti letto. Nonostante le attività di controllo siano state sospese ad Ottobre a causa della pandemia, sono state comunque visitate 47 UU.OO. L'attività di audit interno ha riguardato il 92% delle suddette.

Dai verbali di audit interno risulta una buona conoscenza delle procedure aziendali in uso, mentre sono emerse delle criticità riguardanti:

- corretta compilazione della cartella clinica (2%);
- carenze documentali relativi alla mancata acquisizione del consenso informato al trattamento medico / chirurgico (2,04%);
- valutazione del dolore (3,2 %);

- valutazione rischio cadute (2,19 %);
- profilassi tromboembolica (1,21 %);
- profilassi antibiotica (1,53 %);
- corretta conservazione e registrazione dei controlli delle scadenze dei farmaci (5,1 %);

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

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

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

Nel corso dell'anno 2020 sono stati segnalati, registrati e auditati:

- n° 4 Near Miss;
- n° 28 eventi avversi;
- n° 2 eventi sentinella;

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

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

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

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

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

L'obiettivo per il 2022 è la realizzazione di un sistema integrato per la gestione di tutte le procedure aziendali (Qualità, Rischio Clinico, Gestione della Sicurezza, Procedure Amministrative e Gestionali) che, attraverso una migliore gestione delle apparecchiature, delle infrastrutture e del loro controllo permetterebbe una riduzione dei possibili "errori di sistema" e quindi una riduzione del rischio.

CAVS

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

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

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

Nel corso del 2020 sono state avanzate 39 richieste di risarcimento legate a problematiche di tipo sanitario, 39 sono state trattate dal CAVS. Relativamente ai casi trattati, ove possibile, sono state intraprese le opportune azioni correttive e di miglioramento.

Il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.) superate le difficoltà iniziali, nei quattro anni di attività (2016-2019), ha consentito di prendere coscienza intrinseca dei sinistri che si verificano nelle UU.OO. Aziendali anche in senso quali - quantitativo, nel recente passato non si aveva contezza di ciò in quanto tutto delegato alle società assicurative.

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

DOLORE CRONICO

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

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

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

Nell’ottica di un potenziamento del servizio erogato, con delibera n.539 del 12/03/2021 come articolazione interna delle U.O.C. di Terapia Intensiva Vittoria e Ragusa, sono state istituite le U.O.S Terapia del Dolore a Vittoria e a Ragusa, con decorrenza dal 01/04/2021.

A tale fine sono stati attivati:

- un ambulatorio di Terapia del Dolore, a cadenza settimanale presso P.O. R. Margherita di Comiso;
- un ambulatorio di Terapia del Dolore, a cadenza settimanale presso P.O. Giovanni Paolo II a Ragusa;
- un ambulatorio di Terapia del Dolore presso il blocco operatorio del P.O. Guzzardi di Vittoria, dedicato alle pre-ospedalizzazioni dei DH per i trattamenti di chirurgia interventistica di Terapia del Dolore;
- N° 2 posti di DH del servizio di Terapia del Dolore, con disposizione della Direzione Sanitaria di presidio, presso il reparto di chirurgia vascolare) e relativo CdC: D201050207 (CRIL 207DT820006);
- una seduta operatoria settimanale dedicata alle procedure e agli interventi di Chirurgia Interventistica del Dolore ;
- un servizio per l'impianto e la gestione degli accessi vascolari (PICC, Porth a cath, medline....) su richiesta, a servizio dei reparti, del territorio e della medicina di base.

Dolore Cronico	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio 2022
Report annuale su piattaforma Osservatorio dolore cronico													

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

PDTA	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio 2022
PDTA Politrauma													
PDTA Pazienti Cardiopatici													
PDTA Carcinoma Colon Retto													
PDTA Bronchiolite													
PDTA Ictus													
PDTA Parkinson e Parkinsonismi													
PDTA Gestione sindrome coronarica acuta													
PDTA Pazienti frattura femore over 65													

CUSTOMER SATISFACTION

La **Customer satisfaction** è un insieme di metodi e modelli di ricerca per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente, nella nostra attività le utenze sono le unità operative che si interfacciano con l'U.O. Rischio Clinico e Qualità.

La suddetta valutazione rappresenta la misura della qualità del servizio.

Pertanto, al fine di valutare le aspettative esplicite o latenti dell'utente e la percezione che si ha del servizio fruito/erogato, abbiamo invitato i direttori delle UU.OO. , i coordinatori infermieristici, i medici ed infermieri facilitatori alla compilazione di un breve questionario tramite il link sottostante, ottenuto utilizzando **Google Forms**, una app inclusa nella suite di **Google Drive**:

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=zE-y57-IgUOY1T30Gt9D7tHI294P161DgKJbAAeuEVIURVhUQkdXOVpRVetRM0FHSDJJDJLMU9STS4u>

Il questionario informatizzato, con una possibilità di valutazione da 1 a 5, consta di poche e semplici domande:

1. Tempi d'attesa dopo segnalazione di un evento avverso
2. Valutazione gradimento dei contenuti del sito web aziendale dedicato
3. Adeguatezza dello scambio di informazioni con gli operatori del servizio

4. Chiarezza e completezza informazioni ricevute (compilazione schede report, audit clinici, report autovalutazione)
5. Efficienza, efficacia e appropriatezza degli strumenti di valutazione durante gli audit clinici (SWR) su conformità/non conformità
6. Qualità della collaborazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dal sistema premiante
7. Qualità della collaborazione nei percorsi diagnostico-terapeutici redatti
8. Chiarezza della documentazione relativa alla qualità e al rischio clinico
9. Efficacia delle azioni di miglioramento adottate dopo audit interno, al fine di ridurre gli eventi avversi
10. Semplicità nel reperimento delle procedure
11. Soddisfazione globale
12. Miglioramenti, Osservazioni O Reclami

Su un totale di circa 200 operatori appartenenti alle 51 unità operative coinvolte nella valutazione, 45 operatori hanno risposto al questionario fornendo un punteggio medio di 4,53

Nello specifico:

1. *Tempi d'attesa dopo segnalazione di un evento avverso***4.09**
2. *Valutazione gradimento dei contenuti del sito web aziendale dedicato***4.33**
3. *Adeguatezza dello scambio di informazioni con gli operatori del servizio***4.33**
4. *Chiarezza e completezza informazioni ricevute (compilazione schede report, audit clinici, report autovalutazione)***4.41**
5. *Efficienza, efficacia e appropriatezza degli strumenti di valutazione durante gli audit clinici (SWR) su conformità/non conformità***4.40**
6. *Qualità della collaborazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dal sistema premiante***4.47**
7. *Qualità della collaborazione nei percorsi diagnostico-terapeutici redatti***4.51**
8. *Chiarezza della documentazione relativa alla qualità e al rischio clinico***4.55**
9. *Efficacia delle azioni di miglioramento adottate dopo audit interno, al fine di ridurre gli eventi avversi***4.31**
10. *Semplicità nel reperimento delle procedure* **4.39**
11. *Soddisfazione globale***4.53**
12. *Miglioramenti, Osservazioni o Reclami: 5 osservazioni riguardanti maggiormente la difficoltà di reperimento delle procedure dal sito aziendale*

CHOOSING WISELY

Slow Medicine è un movimento, un progetto culturale animato da principi etici che antepongono i valori, le aspettative e i desideri delle persone riconoscendoli come diversi e inviolabili, in cui fare di più, in medicina, non sempre vuol dire fare il meglio.

Choosing Wisely ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatelyzza, per giungere a scelte informate e condivise.

In data 5 dicembre 2019, si è riunito, per la prima volta, il gruppo di lavoro "Choosing Wisely" individuato dalla Direzione Sanitaria Aziendale in attuazione della Direttiva Assessoriale DASOE/8 53456 del 01/07/2019, istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 1988 del 1 agosto 2019 e successiva integrazione n. 2575 del 5 novembre 2019.

Il gruppo formato da 23 Professionisti Sanitari, di vari profili professionali, presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale e coordinato dal Risk Manager Dr. Giovanni Ruta, ha lo scopo di divulgare, al fine di un'efficace e capillare implementazione, la Direttiva Assessoriale del Programma Regionale Appropriatelyzza: "Fare di più non (sempre) significa fare meglio".

In occasione di tale primo incontro:

- si organizzarono e definirono i gruppi e i sottogruppi di lavoro che avrebbero dovuto sviluppare almeno 5 progetti aziendali, prendendo spunto dalle procedure di Choosing Wisely;
- vennero programmati degli incontri formativi e informativi del team Choosing Wisely e vennero invitati i vari sotto gruppi a selezionare, per aree di interesse, almeno 5 delle procedure proposte che sarebbero state esaminate e sviluppate, secondo un project work da discutere nelle successive sedute
- si invitarono gli assistenti a scaricare gratuitamente le schede contenenti le 230 raccomandazioni disponibili sui siti www.choosingwiselyitaly.org e www.slowmedicine.it, sul sito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (<https://snlg.iss.it/?p=123>) e sulla App "Choosing Wisely Italia", scaricabile gratuitamente da AppStore (per i dispositivi Apple) o da Play Store (per i dispositivi Android).

Prima dell'avvio dell'emergenza Covid-19, dal proficuo confronto con i presenti, erano stati proposti gruppi di lavoro omogenei, finalizzati alla individuazione, per quanto di competenza, di alcune delle criticità presenti nelle rispettive UU.OO.

Al fine di poter razionalizzare il lavoro, era stato promosso l'utilizzo di un prospetto "**Come si costruisce un progetto di miglioramento della qualità**", nella cui redazione dovevano essere presenti indicatori di struttura, di processo e di esito.

A tale scopo, i presenti si erano impegnati a costituire dei gruppi di lavoro specialistici, individuando delle problematiche da trattare in separata sede seguendo percorsi coerenti con il programma Choosing Wisely Italia.

Per quanto riguarda il progetto riguardante l'Area Medica, si prese in considerazione la seguente raccomandazione del Choosing Wisely: **L'uso appropriato della prescrizione dei farmaci inibitori di pompa**

protonica in corso di terapia steroidea o per lungo periodo nei pazienti dispeptici di età <65 anni, elaborando quindi un Project work dal titolo: *Progetto per la riduzione/eliminazione abuso di IPP in pazienti con dispepsia funzionale di età <65 anni in terapia steroidea e senza pregresse ospedalizzazioni per patologie esofago-gastro-duodenali che afferiscono negli ambulatori specialistici dell'Asp 7 di Ragusa.*

Nella realizzazione e adozione del nuovo modus operandi, molteplici sono le figure coinvolte: MMG, Medici Ospedalieri: Internisti, Gastroenterologi, Geriatri...che introdurranno le nuove “visioni” nelle rispettive aree di competenza, le UU.OO. dei PP.OO. e ambulatoriali territoriali dell'Asp di Ragusa.

Il nuovo approccio assistenziale sarà rivolto ad una categoria di pazienti sottoposti ad uso/abuso cronico di IPP da almeno 6 mesi con patologie croniche gastrointestinali in cura nelle strutture ambulatoriali di Medicina Interna dei presidi dell'Asp di Ragusa o che accedono agli ambulatori specialistici di gastroenterologia con la prescrizione di farmaci quali, protettori mucosa di superficie, procinetici ecc..

Per il monitoraggio dello studio in oggetto, abbiamo realizzato tre schede di raccolta dati avvalendoci dell'applicazione Forms, un componente di Office che permette di creare test, sondaggi, questionari che ci dà in tempo reale l'andamento dello studio.

La prima scheda verrà compilata contestualmente alla presa in carico del paziente, la seconda scheda a tre mesi dalla presa in carico, la terza scheda a sei mesi.

L'analisi degli outcome ottenuti dagli specialisti verrà elaborata dopo monitoraggio a cadenza trimestrale delle prescrizioni di IPP (Farmacia territoriale aziendale).

Al gruppo C.W. sarà affidata la diffusione del progetto promuovendo incontri formali tenuti con gli specialisti ambulatoriali ospedalieri, con gli specialisti ambulatoriali territoriali e con i medici di famiglia.

Per studiare la fattibilità del progetto, sono stati presi in esame: Indicatori di struttura, Indicatori di processo, Indicatori di esito, Indicatore selezionato per l'applicazione del progetto e l'analisi dei costi che hanno portato al seguente risultato finale:

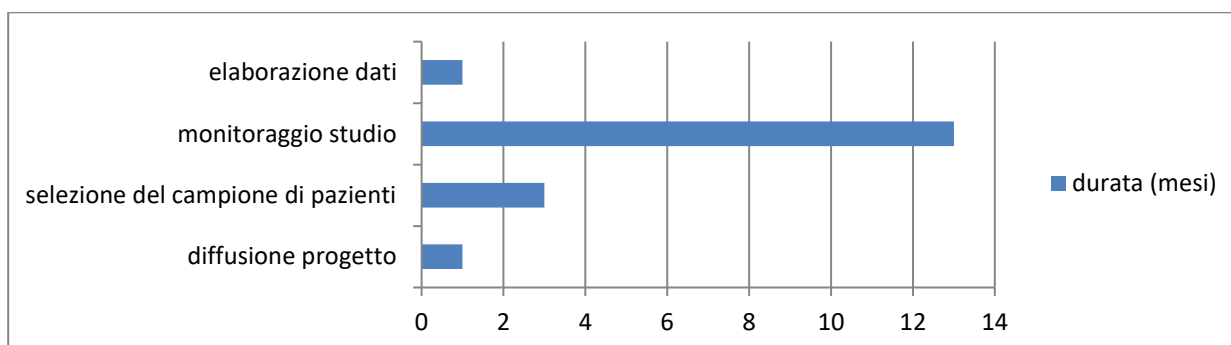
Specialisti	Diffusione	Materiale	totale
63.000 euro	750 euro	50 euro	63.800 euro

Le tempistiche di realizzazione del progetto sono state la risultante delle quattro fasi :

Diffusione progetto -Selezione del campione di pazienti - Monitoraggio studio - Elaborazione dati articolati secondo il seguente schema:

Attività	Inizio	Fine
Diffusione progetto	01/09/2021	30/09/2021
Selezione del campione di pazienti	01/10/2021	31/12/2021
Monitoraggio studio	01/01/2022	31/12/2022
Elaborazione dati	01/01/2023	01/02/2023

Diagramma di Gantt:



Nell'ambito delle attività svolte dal gruppo Choosing Wisely, è stata approfondita la problematica de: ***L'uso appropriato della risonanza magnetica del rachide lombo-sacrale in caso di lombalgia nelle prime sei settimane in assenza di segni/sintomi di allarme*** su cui è stato imbastito un altro progetto, in fase di redazione, con le UU.OO. coinvolte.

La necessità di approfondire la suddetta problematica, segue l'indicazione della raccomandazione appunto del Choosing Wisely.

Infatti, la lombalgia ha un'alta prevalenza nei paesi industrializzati, interessando fino a due terzi degli adulti durante il corso della loro vita. In più dell'85% dei pazienti affetti da lombalgia non si riesce ad attribuire tale disturbo ad una specifica lesione o ad un'anomalia spinale.

Le indagini diagnostiche a cui si fa particolarmente ricorso non andrebbero richieste in caso di lombalgia aspecifica, risultando invece l'RMN incrementata del 307% dal 1994 al 2005. L'RMN spesso individua anomalie scarsamente correlate con sintomatologia risultando non correlata con un miglior

outcome.

L'esame viene prescritto abitualmente al primo mal di schiena o sciatalgia, spesso in assenza di un trattamento conservativo fisico e medico. Se non sono presenti gravi sintomi di tipo neurologico o sistemico, la RM lombosacrale in caso di lombalgia e sciatalgia sia acuta sia cronica non è indicata di routine ma deve essere presa in considerazione solo in caso di sintomi resistenti a terapia fisica e medica per almeno 6 settimane. In caso di negatività non deve essere ripetuta prima di 24 mesi. In assenza di segni/sintomi di allarme per lesione o compressione midollare (semafori rossi o redflags) rilevati dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo, l'utilizzo di RM e di altre tecniche di diagnostica per immagini almeno nelle prime 6 settimane non modifica l'approccio terapeutico, ma può portare alla scoperta di reperti incidentali, a ulteriori esami e a interventi chirurgici non necessari, espone a radiazioni ionizzanti e rappresenta un costo elevato per la collettività.

Indagini diagnostiche non sono raccomandate per la maggior parte dei pazienti con lombalgia meccanica non specifica in assenza di bandierine rosse.

Modalità di verifica:

Il progetto seguirà i seguenti step di analisi:

Tempo 0: in cui sarà eseguita l'anamnesi/esame obiettivo

Tempo 1: controllo a 3 mesi dall'inizio

Tempo 2: controllo a 6 mesi dall'inizio

Indicatore selezionato per l'applicazione del progetto:

Numero di prescrizioni di RMN in un anno tra gli assistiti con lombalgia, senza nessuna diagnosi di patologie a carico del sistema nervoso e dei tessuti molli.

Tempistiche di esecuzione e realizzazione: un anno.

RISCHIO CLINICO

PIANO OPERATIVO 2021



IL RISCHIO CLINICO NELLA STRUTTURA SANITARIA AZIENDALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBIETTIVI

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

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

Ai sopraelencati obiettivi, a causa dello stato di emergenza conseguente al rischio sanitario connesso al COVID-19 e agli atti di indirizzo organizzativo conseguentemente emanati, si è aggiunto un “Piano di Gestione Emergenza COVID19” sviluppato in allegato.

Concretamente le aree di sviluppo del progetto sono:

A. Sensibilizzazione e coinvolgimento delle strutture aziendali:

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

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

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

C. Gestione del rischio:

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

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

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

- La gestione dell'emergenza clinica.
- STU e cartella infermieristica.
- Gestione e Utilizzo dei Farmaci.
- Prevenzione e Controllo delle Infezioni.
- La sicurezza dei punti nascita.
- L'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali.

Mappatura del rischio e definizione flussi informativi per la sua gestione

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

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

Mappatura del rischio

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

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

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

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

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

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

- il rischio potenziale (attività ed aree in cui il rischio d'insorgenza di eventi indesiderati fonte potenziale di danno è stato descritto da osservatori esterni).

Nello sviluppo del progetto sono state previste:

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

PIANO DELLE ATTIVITÀ

Analisi del Contesto

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

- I risultati dei Safety Walk Round effettuate nel corso del 2020 dal gruppo di esperti aziendali presso le UU.OO.CC. con e senza posti letto degli Ospedali Riuniti Civile - Arezzo di Ragusa, Guzzardi e R. Margherita di Vittoria-Comiso, Maggiore e Busacca di Modica- Scicli e nelle UU.OO. Territoriali (RSA e Hospice)
- I report dell'autovalutazione dei direttori delle UU.OO.CC. aziendali;
- Le segnalazioni di eventi sentinella pervenute;
- Le denunce di sinistri;
- I reclami e le segnalazioni pervenuti agli Uffici Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.

Dall'analisi delle fonti dati sopra citate sono emerse, nell'ambito dei processi assistenziali dell'Azienda, alcune criticità da porre sotto controllo al fine di migliorare la gestione dell'intero processo assistenziale e l'azione gestionale. Le criticità emerse costituiranno pertanto le priorità, obiettivo del presente piano, e dovranno essere affrontate dai gruppi di lavoro aziendali nel corso dell'anno 2021.

Safety Walk Round

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

- Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza dei Pazienti,
- Consenso informato nelle aree a maggiore rischio,
- Valutazione e gestione del dolore,
- Foglio unico di terapia (STU),
- Segnalazione degli eventi avversi e dei near miss,
- Definizione delle competenze dei professionisti (job description e privileges)

- Monitoraggio attività con indicatori di performance nelle aree a maggiore rischio,
- Completezza della compilazione della documentazione Sanitaria.
- Gestione e Utilizzo dei Farmaci
- Prevenzione e Controllo delle Infezioni
- Cartella infermieristica aziendale
- Utilizzo dei braccialetti identificativi
- Controllo delle scadenze delle placche defibrillatore

Eventi Sentinella

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

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

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

OBIETTIVI

In relazione ai dati analizzati e alle criticità sopra evidenziate, ed in ragione delle priorità individuate anche a seguito dei SWR effettuati dagli esperti aziendali, nel corso degli anni precedenti sono stati definiti i seguenti obiettivi di sicurezza del paziente, redatte e approvate le relative procedure, a tutt'oggi sono costantemente monitorate circa la corretta applicazione in tutte le UU.OO. Aziendali. **La U.O.S. Qualità Rischio Clinico si propone di continuare il monitoraggio e la diffusione anche per il 2022 per le seguenti procedure aziendali**

1. Gestione trasfusione sangue ed emocomponenti con allegati
2. Procedura per la corretta identificazione dei pazienti
3. Procedura per la corretta igiene delle mani
4. Procedura per la prevenzione del rischio di caduta del paziente
5. Procedura Segnalazione Eventi Avversi (near miss)
6. Procedura trasporto Secondario
7. Vademecum Scheda Unica di Terapia
8. Protocollo per i criteri di ammissione e dimissione dalla rianimazione
9. Procedura valutazione anestesiological preoperatoria del paziente candidato a intervento chirurgico
10. Carta di Accoglienza ASP
11. Procedura Gestione Comunicazioni Verbali e Telefoniche;
12. Indicazione Assistenza Trapiantati in emergenza;
13. Procedura per la gestione degli Elettroliti Concentrati;

14. Procedura Valutazione del Dolore
15. Procedura Nuova Cartella Infermieristica;
16. Procedura per la Prevenzione TEV in Area Medica;
17. Procedura Aziendale per la Gestione dei Farmaci e Presidi
18. Carrello Emergenza Latex-Free;
19. Procedura Morte Cerebrale
20. Procedura utilizzo Bevacizumab Intravitreale e allegati
21. Procedura per la gestione delle sostanze stupefacenti
22. Procedura per la gestione in sicurezza del paziente nell'area chirurgica ad indirizzo low-care degli Ospedali Riuniti di Comiso e Scicli
23. Procedura Screening dei tumori della mammella
24. Procedura osteonecrosi mascella;
25. Procedura per la prevenzione degli atti di violenza sugli operatori sanitari
26. Procedura Antitrombotica in Ostetricia
27. Procedura osservazione breve intensiva pediatrica
28. Procedura Codici Bianchi e Verdi a bassa complessità
29. Procedura Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)
30. Procedura Osservazione Breve Intensiva Ostetrico-Ginecologica (O.B.I.O.G.)
31. Procedura per la Gestione degli Accessi Vascolari
32. Procedura Fast Track
33. Procedura Patient Blood Management
34. Procedura Approccio al bambino con Trauma Cranico
35. Procedura assistenza del neonato in sala parto e in sala operatoria nei punti nascita di I livello
36. Procedura gestione fermi tecnici TAC Aziendali
37. Procedura per la gestione delle convulsioni in età pediatrica
38. Procedura per la analgosedazione in età pediatrica
39. Procedura TSO ASO
40. Protocollo dell'emorragia massiva e dell'emorragia post partum (PEM- EPP)
41. Procedura Per Accesso Visitatori Rianimazione 10.10.19
42. Modalità operative per la gestione delle emergenze pediatriche e neonatali nei Nosocomi aziendali
43. PROCEDURA La Riconciliazione terapeutica
44. Procedura per garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta (ID. Sito) e Check List Sala Operatoria
45. Procedura Biopsia Linfonodale

L'U.O. Qualità Rischio Clinico nel corso del 2021 si propone di implementare nelle UU.OO. aziendali le seguenti nuove procedure per la sicurezza del paziente:

1. Definire la procedura per lo sviluppo e per la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne;
2. Definire la procedura per il triage in Pronto Soccorso;
3. Definire la procedura per l'accoglienza in Pronto Soccorso;
4. Monitorare la Sicurezza dei punti nascita Aziendali;
5. Monitorare la procedura per la riconciliazione della terapia farmacologica;
6. Monitorare la corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali;
7. Aderire al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE;
8. Implementare la buona pratica Handover all'interno degli ospedali e tra ospedali e territorio;
9. Somministrare alle UU.OO. il Questionario di Soddisfazione elaborato dall'U.O.S. Rischio Clinico e Accreditamento;
10. Incrementare le visite di audit interno nelle 58UU.OO. dell'Asp (SWR) con e senza posti letto;
11. Diffusione e monitoraggio dei progetti promossi dal gruppo di lavoro Choosing Wisely (Fare di più non significa fare meglio).
12. Monitorare gli eventi sentinella e attuare le azioni correttive inserite nei piani di miglioramento;
13. Monitorare le raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella;
14. Aderire agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del DJL n° 1162 del 27 giugno 2018;
15. Realizzare gli adempimenti della Legge 24/2017.
16. Approvazione e diffusione la Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.
17. Implementare il Percorso Consegna Farmaci Chemioterapici Formulazioni Orali Con Obbligo Di Scheda Aifa.
18. Diffondere la Procedura Biopsia linfonodale.
19. Monitorare l'implementazione della Procedura "La riconciliazione della terapia farmacologica";

NUOVE PROCEDURE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Obiettivo n° 1 Definire la procedura per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne.

Scopo

Fornire conoscenze uniformi sul funzionamento dell'organizzazione, definire le modalità di controllo sulle politiche e sulle modalità di attuazione tenendo presenti le seguenti fasi:

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

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

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

Metodologia

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

Strumento

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

Indicatore

Redazione e approvazione della procedura da parte della leadership aziendale

Valore atteso

Implementazione della procedura in tutte le UU.OO. Aziendali

Monitoraggio

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

Comunicazione

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

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Definizione della procedura per lo sviluppo e per la gestione di politiche e procedure interne												
Definizione di un processo per la gestione di politiche e procedure esterne												
Strutturazione dellaproceduraad opera del gruppo di lavoro costituito												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 2 Definire la procedura per il triage in Pronto Soccorso;

Scopo

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

Metodologia

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

Strumento

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

Indicatore

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

Valore atteso

Approvazione in sede di Comitato Rischio Clinico.

Monitoraggio

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

Comunicazione

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

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Produzione dellaprocedura per il triage in Pronto Soccorso												
Diffusione della procedura ad opera del gruppo di lavoro costituito												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 3 Definire la procedura per l'accoglienza in Pronto Soccorso;

Scopo

Dare risposte uniformi a :

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

Metodologia

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

Strumento

numero mensile ed annuale di accessi accolti conformemente alla procedura;

Indicatore

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

Valore atteso

Redazione ed approvazione in sede di Comitato Rischio Clinico.

Monitoraggio

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

Comunicazione

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

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Definizione della procedura per l'accoglienza in Pronto Soccorso												
Diffusione della procedura ad opera del gruppo di lavoro costituito												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

Obiettivo n° 4 Monitorare la Sicurezza dei Punti Nascita Aziendali

Scopo

Promuovere il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. Migliorare il livello dei LEA, gli indicatori di efficacia, efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate per garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini.

Metodologia

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

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

Strumento

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

Indicatore

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

Valore atteso

Miglioramento del 10% dell'implementazione raggiunta nel 2020.

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2021) ad opera del Capo Dipartimento Materno-Infantile.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2021 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione dei protocolli e dei percorsi assistenziali ad opera del gruppo di lavoro costituito												
Monitoraggio												
Formazione del personale												

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

Scopo

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

Metodologia

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

Strumento

Procedura aziendale per la riconciliazione della terapia farmacologica.

Formazione degli operatori

Indicatore

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

Valore atteso

Approvazione in sede di Comitato Rischio Clinico, formazione e diffusione nelle UU.OO. Aziendali in cui la procedura è applicabile.

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2021) ad opera del Capo Dipartimento area medica.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2020 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Formazione del personale delle UU.OO. interessate												
Monitoraggio												

Obiettivo n° 6 Monitorare la corretta applicazione della check list di sala operatoria

Scopo

La “check list” di sala operatoria aiuta le équipes chirurgiche a gestire e documentare le attività svolte durante il percorso clinico del paziente sottoposto a intervento, nei momenti pre, intra e post-operatori. L’OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria contenente diciannove item, quale strumento guida per l’esecuzione dei controlli, con la finalità di favorire in modo sistematico l’aderenza agli standard di sicurezza raccomandati al fine di prevenire la mortalità e le complicanze postoperatorie. La checklist è stata oggetto di sperimentazione in un recente studio prospettico, condotto su un campione di otto ospedali di diversi Paesi. Dallo studio è emerso che l’implementazione della checklist è associata ad una concomitante riduzione del tasso di mortalità e delle complicanze post-operatorie.

Dallo studio è emerso che l’implementazione della checklist è associata ad una concomitante riduzione del tasso di mortalità e delle complicanze post-operatorie. Anche a fronte dei limiti dello studio, i risultati osservati suggeriscono che l’utilizzo della checklist può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie. Dalle Linee Guida dell’OMS, il Ministero della Salute ha adattato la checklist alla realtà nazionale ed ha aggiunto ai 19 item dell’OMS un ulteriore item riguardante il controllo del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso.

Metodologia

Valutazione osservazionale

Strumento

Scheda osservazionale

Indicatore

Svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria;

Valore atteso

100%

Monitoraggio

Report trimestrale su cartelle cliniche

Comunicazione

Report secondo schema disponibile sulla piattaforma Qualità Sicilia SSR e AGENAS.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Formazione del personale delle UU.OO. interessate												
Monitoraggio												

Obiettivo n° 7 Aderire al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE.

Scopo

Le misure del PNE si basano sull'utilizzo delle informazioni contenute nei sistemi informativi sanitari. L'obiettivo dell'audit proposto dal PNE è la verifica della qualità della codifica e l'audit clinico organizzativo costituisce l'eventuale fase successiva per individuare possibili criticità cliniche e/o organizzative. Sarebbe dunque auspicabile aumentare l'adesione agli Audit clinici a partire dal PNE, al fine di valutare la performance delle UU.OO. aziendali attraverso la valutazione degli out come.

Metodologia

Agenas fornisce il supporto metodologico e tecnico nel processo di verifica dei dati inseriti nei Sistemi Informativi Sanitari, avvalendosi del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio-ASL Roma 1(DEP), centro operativo PNE.

Strumento

Le verifiche devono essere condotte a livello delle singole regioni e all'interno delle strutture sanitarie con la piena collaborazione degli operatori sanitari, dei responsabili dei sistemi informativi e dei referenti regionali e aziendali per le attività di controllo della qualità.

Sarà utile, inoltre, promuovere la diffusione di programmi formativi dedicati su attività di auditing e formazione degli operatori.

Indicatore

Per agevolare il processo di verifica, sono stati predisposti degli elenchi di record relativi a un campione di ricoveri indicatore specifico.

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

Valore atteso

>=70%

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2021) ad opera dei Capi Dipartimento area medica e chirurgica.

Comunicazione

Invio relazione entro i termini previsti dalla direttiva assessoriale a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE.												
Monitoraggio												
Diffusione di programmi formativi dedicati su attività di auditing												
Formazione degli operatori.												

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

Scopo

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

Metodologia

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

Strumento

Buona pratica Handover
Formazione degli operatori

Indicatore

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

Valore atteso

>= 70%

Monitoraggio

Relazione annuale sulle azioni attuate (dicembre 2021) ad opera dei Capi Dipartimento area medica, chirurgica, Emergenza e Direttori dei Distretti Territoriali.

Comunicazione

Invio relazione entro dicembre 2020 a Direzione Sanitaria Aziendale, Rischio Clinico-Qualità.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Monitoraggio												
Formazione di “handover team” nelle coppie di servizi interessati alla transizione target												

Obiettivo n° 9 Somministrare alle UU.OO. il Questionario di Soddisfazione elaborato dall'U.O.S. Rischio Clinico.

Scopo

Il questionario sotto mostrato mira all'autovalutazione dell'U.O.S. Rischio clinico al fine di migliorare l'incisività sulle UU.OO. con cui interagisce e quindi la sinergia promuovendo la collaborazione e la cooperazione tra le parti.

Metodologia

Valutazione della performance dell'U.O.S. Rischio clinico.

Strumento

Elaborazione di un questionario sulle attività svolte.

Indicatore

N° UU.OO. aziendali con posti letto che si interfacciano ed interagiscono con l'U.O.S. Rischio clinico

Valore atteso

>=70%

Monitoraggio

Annuale

Comunicazione

Invio report alla Direzione strategica

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Elaborazione e somministrazione questionario di soddisfazione												
Monitoraggio												

Obiettivo n°10 Incrementare le visite di audit interno nelle 58 UU.OO. dell'Asp (SWR) con e senza posti letto;

Scopo

Questo metodo consiste in "visite" che i referenti della sicurezza, effettuano nelle unità operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Il personale viene invitato ad evidenziare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni. Un valore aggiunto importante deriva dal fatto che le informazioni raccolte in questo processo spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono portare talvolta alla introduzione di una immediata modifica che migliora da subito il processo assistenziale e la sicurezza.

Metodologia

Verifica delle cartelle cliniche, conservazione dei farmaci, controlli sulla funzionalità del defibrillatore e le procedure in uso nelle UU.OO.

Strumento

Visite SWR in 58 UU.OO. con e senza posti letto, 3 R.S.A. , 2 HOSPICE.

Indicatore

Verbali di Audit sull'attività di controllo

Valore atteso

Visitare l'80% delle UU.OO. durante l'anno 2021/22 cioè n. 47 unità su 58 UU.OO.

Monitoraggio

Relazione mensile sulle azioni attuate

Comunicazione

Verbali al Direttore Sanitario di Presidio, al Direttore Sanitario Aziendale e al Direttore delle UU.OO. visitate.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
SWR nelle UU.OO. con posti letto												
Monitoraggio												

Obiettivo n°11: Diffusione e monitoraggio dei progetti promossi dal gruppo di lavoro Choosing Wisely (Fare di più non significa fare meglio).

Scopo

Favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza per giungere a scelte informate e condivise.

Metodologia

Costituzione di gruppi di lavoro tra specialità affini

Strumento

Elaborazione di progetti di miglioramento della qualità

Indicatore

Progetti di miglioramento e loro attuazione nel contesto aziendale

Valore atteso

Cambiamento culturale, contrasto del sovra-utilizzo(overuse) di prestazioni inappropriate.

Monitoraggio

Elaborazione di progetti e applicazione aziendale

Comunicazione

Relazione al Direttore Sanitario Aziendale

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffusione e monitoraggio dei progetti promossi dal gruppo di lavoro Choosing Wisely (Fare di più non significa fare meglio).												
Monitoraggio												

Obiettivo n°12 Monitorare gli eventi sentinella e attuare le azioni correttive inserite nei piani di miglioramento.

Scopo

Valutare la percentuale di completezza della compilazione della scheda A e della scheda B degli eventi sentinella e monitorare l'effettiva implementazione delle azioni correttive.

Metodologia

Analisi dell'evento avverso, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento in coerenza al protocollo nazionale (SIMES)

Strumento

Audit interno

Indicatore

Azioni di miglioramento effettuate

Valore atteso

>= 90%

Monitoraggio

Semestrale o annuale

Comunicazione

Report su piattaforma Qualità Sicilia SSR

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Monitoraggio degli eventi sentinella												
Attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento.												
Monitoraggio												

Obiettivo n°13 Implementare le raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella.

Scopo

Il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella rientra tra le attività dell'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti dell'Agenas. Gli Eventi Sentinella sono considerati, per la loro gravità ed il loro significato, un problema prioritario per la sicurezza dei pazienti, con importanti ripercussioni sulle organizzazioni sanitarie, sui professionisti e sulle amministrazioni locali e regionali.

Nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del Governo Clinico e con l'obiettivo di "aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi" il Ministero della salute, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome, è impegnato fin dal 2005 nella stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per la prevenzione di eventi sentinella (Sito Ministero della Salute).Ad oggi risultano pubblicate 19 Raccomandazioni.

Metodologia

Audit di diffusione e formazione del personale nelle UU.OO. aziendali

Strumento

Incontri formativi

Indicatore

% di UU.OO. che applicano le raccomandazioni

Valore atteso

$\geq 70\%$

Monitoraggio

Report di autovalutazione semestrale

Comunicazione

Report annuale secondo la metodologia Agenas

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella												
Audit di diffusione												
Formazione del personale delle UU.OO. interessate												
Monitoraggio												

Obiettivo n°14 Aderire agli obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020' ai sensi del DJL n° 1162 del 27 giugno 2018

Scopo

Il piano, approvato il 2 Novembre del 2017 con intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, rappresenta lo strumento per tradurre la strategia nazionale nella pratica, fornendo un indirizzo coordinato e sostenibile per contrastare il fenomeno dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale, mediante un approccio multisettoriale "onehealth". Tutte le istituzioni (centrali, regionali e locali) collaborano per:

- Migliorare i livelli di consapevolezza e di informazione/educazione nei professionisti della salute, nei cittadini e negli stakeholders;
- Monitorare il fenomeno dell'AMR e dell'uso degli antibiotici;
- Migliorare la prevenzione ed il controllo delle infezioni, in tutti gli ambiti;
- Ottimizzare l'uso di antimicrobici nel campo della salute umana e animale;
- Aumentare/sostenere la ricerca e l'innovazione.

Metodologia

Il presente piano, sviluppato da un gruppo di lavoro multidisciplinare con competenze in ciascuna delle aree menzionate :

- individua i principali esiti di salute che si vogliono raggiungere attraverso la sua realizzazione;
- indica le azioni principali da realizzare a livello nazionale e regionale/locale per promuovere un efficace contrasto del fenomeno dell'AMR nei seguenti ambiti:
 1. sorveglianza,
 2. prevenzione e controllo delle infezioni,
 3. uso corretto degli antibiotici (compresa Antimicrobialstewardship),
 4. formazione,
 5. comunicazione e informazione,
 6. ricerca ed innovazione.
 - definisce per ciascuna delle azioni individuate gli obiettivi a medio e a lungo termine e gli indicatori per le azioni considerate prioritarie;
 - rimanda a successivi piani operativi e documenti tecnici, locali, regionali e nazionali, che individuino in dettaglio le specifiche attività e responsabilità operative.

Strumento

Il 3 novembre 2017 è stato istituito il gruppo tecnico per il coordinamento (GTC) del PNCAR e della strategia nazionale di contrasto, cui partecipano oltre agli stakeholders già individuati durante la stesura del piano, anche il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero delle politiche agricole forestali e il Ministero dell'ambiente, nonché la cittadinanza attiva.

Indicatore

Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali che si propongono di ridurre la frequenza delle infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici e di infezioni associate all'assistenza sanitaria ospedaliera e comunitaria.

Nello specifico verranno presi in considerazione gli indicatori regionali:

1. disponibilità di rapporti annuali di monitoraggio del piano 2020,
2. documento regionale annuale di individuazione delle azioni efficaci a contrastare i problemi rilevati a livello regionale e di promozione dell'intersectorialità degli interventi (dal 2020)

Valore atteso

Rafforzare la sorveglianza dell'AMR come attività stabile e rappresentativa della realtà del nostro Paese.

Monitoraggio

A livello aziendale è necessario:

- recepire i documenti emanati a livello nazionale e regionale
- identificare le modalità di implementazione delle azioni di sorveglianza

Comunicazione

Preparare un report di sorveglianza da inviare alla direzione generale e sanitaria

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Istituzione di un gruppo tecnico di coordinamento												
Identificazione delle modalità di implementazione delle azioni di piano												
Predisposizione delle linee strategiche e dei documenti attuativi												
Formazione del personale delle UU.OO. interessate												
Monitoraggio												
Preparare un report di sorveglianza												

Obiettivo n°15 Realizzare gli Adempimenti della Legge 24/2017

Scopo

In data 1 aprile 2017 è stata promulgata la L. n. 24/2017, nota come Gelli-Bianco, in tema di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità del personale sanitario. Una delle direttrici fondamentali su cui è impostata la l. 24/2017 è costituita dalla disciplina della gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente.

Metodologia

Il legislatore intende ottenere organizzazioni sicure mediante:

- meccanismi volti a ridurre il verificarsi di eventi avversi (ossia eventi inattesi che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile) prevenibili;
- centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente.

Strumento

- 1 – Predisposizione di un modello organizzativo volto a prevenire e a gestire il rischio sanitario (art. 1 co. 2).
- 2 – Coinvolgimento di tutto il personale, a qualsiasi titolo operante, nell'attività della gestione del rischio clinico (art. 1 co. 3).
- 3 – Nomina di un coordinatore dell'attività di gestione del rischio sanitario, da scegliere tra il personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale oppure da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore (art. 16, co. 1).
- 4 – Predisposizione della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all' interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali eventi e sulle conseguenti iniziative messe in atto (art. 2 co. 5). La relazione va pubblicata sul sito *internet* della struttura sanitaria.
- 5 – L' art. 4, co. 2 obbliga la direzione sanitaria della struttura, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto, a fornire la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico, potendosi riservare di fornire eventuali successive integrazioni entro il termine massimo di 30 giorni dalla presentazione della suddetta richiesta.

È necessario quindi che la direzione sanitaria si predisponga a ciò. A tal fine deve essere predisposto un nuovo regolamento interno adottato a suo tempo in attuazione della legge 241/1990 per adeguarsi alla disposizione dell'art. 4, co. 2 legge 24/2017.

- 6 – A seguito dell'inserimento del comma 2 *bis* all' articolo 37 del Regolamento di Polizia mortuaria (d.p.r. 285/1990) debbono essere informati i familiari o gli altri aventi titolo dell'esecuzione del

riscontro diagnostico affinché possano disporre la presenza di un medico di loro fiducia. Vanno altresì aggiornate le procedure interne per definire le modalità di informazione.

- 7 – Debbono essere pubblicati, fin da ora, sul sito *internet* i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell’ ultimo quinquennio, verificati nell’ambito dell’esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e rischio clinico (art. 4 co.3).
- 8 – Definizione di una procedura interna per la gestione delle azioni di rivalsa nei confronti degli esercenti la professione sanitaria, nel caso in cui sia stato da loro causato un danno al paziente che la struttura sanitaria sia stata chiamata a risarcire (art. 9, co. 2).

Indicatore

Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali

Valore atteso

100%

Monitoraggio

Adesione a quanto previsto dalla legge 24/2017 sulla gestione del rischio sanitario (L. 208/2015 art. 1 co. 539).

Comunicazione

La legge prevede da parte delle strutture sanitarie una relazione annuale (L.24/2017 art. 2 co.5) nella quale si rendono disponibili i dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni, nell’ambito del monitoraggio della prevenzione e della gestione del rischio sanitario.

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Realizzazione degli adempimenti della Legge 24/2017												
Monitoraggio												

Obiettivo n° 16 Approvazione e diffusione la Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli

Scopo

Lo scopo del seguente percorso è regolamentare l'uso non standardizzato di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, che può indurre in errore e causare danni ai pazienti.

La raccomandazione n. 18 del settembre 2018 recita:

“L'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, sebbene sia una prassi consolidata durante le fasi di gestione del farmaco in ospedale e sul territorio, può indurre in errore e causare danni ai pazienti. Al riguardo, è necessario fornire indicazioni per garantire qualità e sicurezza delle cure.”

Metodologia:

La presente Raccomandazione:

- è rivolta a Regioni e Province Autonome, alle Direzioni aziendali, agli operatori sanitari coinvolti nel processo di cura del paziente e nella gestione dei farmaci, inclusi gli Specialisti ambulatoriali, i Medici di medicina generale (MMG) e i Pediatri di libera scelta (PLS), i Medici del servizio di continuità assistenziale, i Farmacisti ospedalieri e dei Servizi territoriali delle aziende sanitarie, i Farmacisti di comunità, i Responsabili della funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico, i professionisti sanitari del Servizio di emergenza/urgenza territoriale 118, i professionisti sanitari delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).
- Si applica nelle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (accreditate e non) comprese le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), negli Istituti penitenziari, negli studi/ambulatori dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS), nelle Farmacie di comunità, al domicilio del paziente nonché in altri setting assistenziali nei quali viene prescritta una terapia farmacologica.
- È a tutela dei pazienti che devono seguire una terapia farmacologica in ambito ospedaliero e territoriale.

Indicatore:

Valutazione semestrale mediante check list

Risultato atteso:

Implementazione nel 100% delle UU.OO. di pertinenza

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Approvazione e diffusione della Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli												
Monitoraggio												

Obiettivo n°17 Implementare il Percorso Consegna Farmaci Chemioterapici Formulazioni Orali Con Obbligo Di Scheda Aifa

Scopo

Lo scopo del seguente percorso è garantire la consegna dei farmaci chemioterapici in formulazione orale con obbligo di scheda AIFA direttamente in Farmacia Ospedaliera al fine di limitare l'accesso dei pazienti in ospedale O.M.P.A.

Il servizio è rivolto ai Pazienti in condizioni stabili affetti da:

- Mieloma Multiplo in terapia con le formulazioni orali di Revlimid e Imnovid
- Leucemia linfatica Cronica in terapia con la formulazione orale di Imbruvica
- Sindrome Mieloproliferativa Cronica in terapia con la formulazione orale di Ruxolitinib o Imatinib, Nilotinib, Dasatinib e Bosutinib

Personale Interessato

DIRM UOSD di Ematologia (Dirigente Medico) UOSD EMATOLOGIA ASP7

PI (Personale Infermieristico) UOSD EMATOLOGIA ASP 7

FARMACISTA ASP7

Indicatore: N° di consegne effettuate / numero richieste

Risultato atteso:> 70%

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Implementare il Percorso Consegna Farmaci Chemioterapici Formulazioni Orali Con Obbligo Di Scheda Aifa												
Monitoraggio												

Obiettivo n°18 Diffondere la Procedura Biopsia linfonodale

Il percorso per la biopsia linfonodale mira a garantire la qualità della prestazione, ridurre il rischio di errore e ad ottimizzare i tempi e le risorse.

Obiettivo fondamentale è quello di fornire referti diagnostici accurati, tempestivi e clinicamente rilevanti, basati sull'osservazione di preparati allestiti secondo procedure tecnicamente ottimali.

Le procedure riportate di seguito fanno segnatamente riferimento al trattamento del tessuto emolinfopoiетico (linfonodo, milza, midollo osseo, etc.). La maggior parte di esse, tuttavia, non ha alcun carattere di specificità, corrispondendo ai passi tecnici ottimali che ogni Struttura di Anatomia Patologica applica o dovrebbe applicare nella gestione del materiale biopsico, indipendentemente dal tipo di patologia in esame.

Il raggiungimento del pieno successo nell'utilizzazione di tali procedure non può prescindere dalla stretta collaborazione fra Anatomico-Patologo e Clinico o Chirurgo.

Indicatore: N° referti diagnostici esitati entro i tempi previsti / N° richieste pervenute

Risultato atteso: > 50%

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Diffondere la Procedura Biopsia linfonodale												
Monitoraggio												

Obiettivo n°19 Monitorare l'implementazione della Procedura "La riconciliazione della terapia farmacologica"

Scopo:

La presente procedura definisce le modalità per condurre la Ricognizione e la Riconciliazione della terapia farmacologica e costituisce il presupposto fondamentale per una prescrizione farmacologica corretta e sicura.

L'obiettivo è la prevenzione degli errori in terapia farmacologica che possono verificarsi quando il paziente viene ricoverato, dimesso o trasferito da un setting assistenziale all'altro all'interno della stessa struttura sanitaria o ad altra struttura sanitaria.

Campo di applicazione

La procedura si applica, a tutela della sicurezza pazienti, in tutte le Strutture Sanitarie aziendali dove si prescrive terapia, con particolare riferimento all'ambito ospedaliero, sia nelle transizioni tra setting di cura diversi, sia nelle consulenze ospedaliere, sia in pazienti che seguono trattamenti di cura protratti. Alcuni aspetti sono pertanto applicabili anche negli ambulatori dei MMG e PLS nonché in tutti gli altri ambiti assistenziali (strutture sanitarie e sociosanitarie extra ospedaliere pubbliche e private accreditate, residenziali e semiresidenziali) in cui si prescrivono terapie.

Indicatore:

N° di UU.OO. che applicano la procedura / N° di UU.OO. in cui ne è prevista l'applicazione

Risultato atteso:

> 50%

Cronoprogramma

Attività	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Monitorare l'implementazione della Procedura "La riconciliazione della terapia farmacologica"												
Monitoraggio												

Piano di Gestione Emergenza COVID19

L'attuale stato di emergenza derivante dal rischio sanitario connesso al COVID-19 e gli atti di indirizzo organizzativo emanati portano tutte le organizzazioni sanitarie all'elaborazione di attività complesse volte alla gestione dell'Emergenza in atto. Con la **Delibera del Consiglio dei ministri 31 Gennaio 2020** - Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. (20A00737) - (G.U. Serie Generale, n. 26 del 01 febbraio 2020) vengono posti in risalto:

1. Dichiarazione dello stato di emergenza ai sensi dell'art. 7 comma 1 lettera C e l'articolo 24 comma 1 del Decreto Legislativo 2 Gennaio 2018 n.1 "Codice della Protezione Civile".
2. Durata dello stato di emergenza: mesi 6. Lo stato di emergenza non può essere superiore a 12 mesi ed è prorogabile per non più di ulteriori 12 mesi
3. Tipologia di evento emergenziale individuato: "emergenze di rilievo nazionale connesse con eventi calamitosi di origine naturale o derivanti dall'attività dell'uomo che in ragione della loro intensità o estensione debbono, con immediatezza d'intervento, essere fronteggiate con mezzi e poteri straordinari da impiegare durante limitati e predefiniti periodi di tempo ai sensi dell'articolo 24.".
4. Tre tipologie di intervento emergenziale individuati dall'art. 7 del D. legislativo Quello del Covid-19 rientra fra quelli di maggiore gravità
5. Strumenti di attuazione delle azioni di emergenza del Dipartimento della Protezione Civile ex art. 25 decreto Legislativo 2 Gennaio 2018, n.1.

Gli interventi che riguardano le organizzazioni sanitarie possono essere inquadrati in 2 aree di pertinenza:

- Disposizioni relative alla riorganizzazione di locali e personale sanitario
- Disposizioni relative alla gestione del rischio clinico e rischio operatori, su cui l'U.O. Qualità e Rischio Clinico ha focalizzato particolarmente l'attenzione.

Disposizioni relative alla gestione del rischio clinico e rischio operatori

In merito alle disposizioni relative alla gestione del rischio clinico e rischio operatori, al fine di dare un'indicazione metodologica della raccolta sono state suddivise in: circolari per indirizzare le strutture a cui sono rivolte e disposizioni classificabili di termini di recepimento generale o recepimento specifico per tipo di PDTA oggetto del provvedimento.

Di seguito la raccolta cronologica delle disposizioni di interesse:

22/01/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute n. 1997 Polmonite da nuovo coronavirus (2019 nCoV) in Cina / **Circolare Generale**

27/01/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute Polmonite da nuovo coronavirus (2019 nCoV)/ **Circolare Generale**

30/01/2020 ORDINANZA del Ministero della Salute - Misure profilattiche contro il nuovo Coronavirus (2019 - CoV). (20A00738) **Circolare Generale**

31/01/2020 NOTA del Ministero della Salute Estensione delle misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo coronavirus (2019-NCoV) mediante la trasfusione di emocomponenti labili, Repubblica Popolare Cinese [Circolare Specifica](#)

31/01/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute Potenziali casi di coronavirus (nCoV) e relativa gestione [Circolare Generale](#)

20/02/2020 NOTA dell'Istituto superiore di sanità - Centro nazionale Sangue - Aggiornamento delle misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) mediante la trasfusione di emocomponenti ([Nota Specifica](#))

20/02/2020 CIRCOLARE del Centro nazionale trapianti Nuove misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo coronavirus (2019 nCoV) nella Repubblica Popolare Cinese ([Circolare Specifica](#))

01/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute Incremento disponibilità posti letto de Servizio Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19 [Circolare Generale](#)

02/03/2020 CIRCOLARE dell'Istituto superiore di sanità Centro Nazionale Sangue - Aggiornamento delle misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-Co-2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili [Circolare Specifica](#)

02/03/2020 CIRCOLARE del Centro nazionale trapianti - Aggiornamento delle misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) in Italia attraverso il trapianto di organi, tessuti e cellule [Circolare Specifica](#)

03/03/2020 CIRCOLARE dell'Istituto superiore di sanità - Aggiornamento delle misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) in Italia attraverso il trapianto di organi, tessuti e cellule [Circolare Specifica](#)

18/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute - Verifica dei requisiti di qualità e sicurezza delle mascherine facciali ad uso medico (DM) e dei dispositivi di protezione individuale (DPI) [Circolare Generale](#)

18/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute - Polmonite da nuovo coronavirus COVID-19 - ulteriori informazioni e precauzioni ed indicazioni operative su utilizzo DPI [Circolare Generale](#)

20/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute - Annullamento e sostituzione della Circolare del Ministero della Salute n. 0009480 del 19 marzo 2020 "COVID-19: rintraccio dei contatti in ambito di sorveglianza sanitaria e aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio di casi di infezione da SARS-CoV-2 - [Circolare Specifica](#)

06/03/2020 CIRCOLARE dell'Istituto superiore di sanità - Centro Nazionale Sangue. Integrazione alla circolare Prot. n. 0567.CNS.2020 del 02 marzo 2020 "Aggiornamento misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS CoV 2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili" [Circolare Specifica](#)

09/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute - COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso [Circolare Generale](#)

09/03/2020 CIRCOLARE dell'Istituto superiore di sanità - Aggiornamento delle misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili [Circolare Specifica](#)

10/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute - Emergenza epidemiologica da Covid-19: donazioni di sangue ed emocomponenti [Circolare Specifica](#)

10/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute - Raccomandazioni per la gestione dei pazienti oncologici e onco-ematologici in corso di emergenza da COVID-19 [Circolare Specifica](#)

10/03/2020 CIRCOLARE dell'Istituto superiore di Sanità - Integrazione alla circolare Prot. n. 0653.CNS.2020 del 9 marzo 2020 "Aggiornamento misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili" [Circolare Specifica](#)

12/03/2020 ORDINANZA del Ministero della Salute - Deroga all'ordinanza 30 gennaio 2020, recante «Misure profilattiche contro il nuovo Coronavirus (2019 - nCoV)». [Circolare Generale](#)

13/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute - Mascherine in TNT - Circolare informativa emergenza epidemiologica da COVID-19 [Circolare Generale](#)

15/03/2020 ORDINANZA del Ministero della Salute - Disposizioni urgenti per l'importazione di strumenti e apparecchi sanitari, dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale. - [Circolare Generale](#)

16/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute - Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19 [Circolare Generale](#)

16/03/2020 CIRCOLARE dell'Istituto superiore di sanità - Centro Nazionale Sangue. Integrazione alla circolare Prot. n 0653.CNS.2020 del 09 marzo 2020 "Aggiornamento misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS CoV2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili" [Circolare Specifica](#)

16/03/2020 CIRCOLARE dell'Istituto superiore di sanità - Indicazioni sull'effettuazione del tampone per la ricerca di SARS-CoV-2 nei riceventi di trapianto d'organo da donatore vivente e donatore deceduto [Circolare Specifica](#)

17/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute - Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARSCoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2 [Circolare Specifica](#)

18/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute Verifica dei Requisiti di qualità e sicurezza delle mascherine facciali ad uso medico (DM) e dei dispositivi di protezione individuale (DPI) [Circolare Generale](#)

18/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute - Polmonite da nuovo coronavirus COVID-19 - ulteriori informazioni e precauzioni ed indicazioni operative su utilizzo DPI [Circolare Generale](#)

19/03/2020 ORDINANZA della Presidenza del Consiglio dei Ministri dipartimento della protezione civile - Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. Ordinanza n. 6520/03/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute - Annullamento e sostituzione della Circolare del Ministero della Salute n. 0009480 del 19 marzo 2020 "COVID-19: rintraccio dei contatti in ambito di sorveglianza sanitaria e aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio di casi di infezione da SARS-CoV-2." [Circolare Generale](#)

[Decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#)

Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 79 del 25-03-2020)

Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 22 maggio 2020, n. 35 (in GU 23/05/2020)

[Decreto-legge 10 maggio 2020, n. 30](#)

Misure urgenti in materia di studi epidemiologici e statistiche sul SARS-COV-2. (GU Serie Generale n.119 del 10-05-2020)

Decreto-legge convertito con modificazioni dalla Legge 2 luglio 2020, n. 72 (GU Serie Generale n.17 09-07-2020)

[Decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#)

Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 (GU Serie Generale n. 125 del 16-05-2020)

Decreto-legge convertito con modificazioni dalla Legge 14 luglio 2020, n. 74 (GU Serie Generale n. 1 15-07-2020)

Delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020

Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. (GU Serie Generale n. 190 del 30-07-2020)

Decreto-legge 18 dicembre 2020, n. 172

Ulteriori disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus (GU Serie Generale n.313 del 18-12-2020)

Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 29 gennaio 2021, n. 6 (GU Serie Generale n. 30-01-2021, n. 24).

Delibera del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2021

Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. (2 (GU Serie Generale n. 15 del 20-01-2021)

Delibera del Consiglio dei Ministri 21 aprile 2021

Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza (GU Serie Generale n. 103 del 30-04-2021)

Decreto-legge 18 maggio 2021, n. 65

Misure urgenti relative all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.117 del 18-05-2021)

La temporanea modifica degli assetti organizzativi per l'emergenza COVID19 ha richiesto una revisione del piano di gestione del rischio aziendale, al fine di integrare e tracciare in un unico documento ogni azione posta in essere dalle singole strutture per contenere i rischi emergenti.

Secondo, infatti, le disposizioni dell'Art. 1 della Legge 24/2017 commi 2 e 3 è obbligo di garanzia della sicurezza delle cure attraverso ogni attività finalizzata alla prevenzione e alla gestione del rischio, in capo a strutture e professionisti, che permane anche nella situazione contingente.

In questi termini la norma è uno strumento di guida nelle azioni da intraprendere sul piano organizzativo da parte di tutti i destinatari ovvero Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Pubbliche e Private e tutto il personale ivi operante a qualsiasi titolo.

E' stato, quindi, stilato un documento all'interno del quale vengono posti in essere i percorsi intrapresi e i responsabili di tali iter, il modello organizzativo COVID19 adottato, la gestione del percorso del paziente COVID19 e del personale acquisito o distaccato ed infine le procedure adottate per garantire la continuità assistenziale ai pazienti COVID19 con l'ausilio di un link all'interno del sito aziendale.

Alle precedenti ordinanze, si associano le **21 ORDINANZE COVID-19** diramate dalla Regione Siciliana, consultabili nel portale ed elencate di seguito:

- Ordinanza contingibile e urgente n.17 del 18.04.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n. 17 del 18.04.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.16 del 11.04.2020
- Circolare n.6 del 10.04.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.15 del 8.04.2020

- Circolare n.4 del 6.04.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.14 del 3.04.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.13 del 01.04.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.12 del 29.03.2020
- Circolare n. 2 – Istruzioni applicative ed interpretative della Ordinanza contingibile e urgente n.11 del 25.03.2020
- Circolare n.1 - Istruzioni applicative ed interpretative della Ordinanza contingibile e urgente n.11 del 25.03.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.11 del 25.03.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.10 del 23.03.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.10 del 23.03.2020- Allegato
- Ordinanza contingibile e urgente n.9 del 23.03.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.8 del 23.03.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.7 del 20.03.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.6 del 19.03.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.5 del 13.03.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.4 del 8.03.2020
- Ordinanza contingibile e urgente n.3 del 8.03.2020

L'esigenza di:

- contrastare e contenere il diffondersi del virus all'interno delle strutture sanitarie ;
- ridurre al minimo il rischio di contaminazione ambientale e di trasmissione di Covid-19 da un soggetto sospetto di tale patologia al personale d'assistenza sanitaria e/o ad altro personale e/o utente e rispettare le ordinanze nazionali e regionali diramate in questi mesi

hanno indotto la direzione strategica dell'ASP di Ragusa ad individuare dei gruppi di lavoro, (uno per ogni P.O. dell'ASP), dedicati alla gestione e alla diffusione delle comunicazioni COVID 19 per area rischio paziente /operatore e coordinati dalla Direzione Strategica Aziendale. I suddetti gruppi sono costituiti dai Direttori Sanitari Medici dei Presidi e dai Direttori delle UU.OO. afferenti a ciascuna struttura e dai loro collaboratori, al fine di produrre procedure operative che delineassero per i pazienti dei percorsi di sicurezza al contagio da COVID 19.

E' stato individuato il Nosocomio Giovanni Paolo Ildi Ragusa come Ospedale HUB COVID-19, mentre gli altri due Ospedali Guzzardi di Vittoria, Maggiore e M. Paternò Arezzo di Ragusa sono stati identificati come spoke.

Allo scopo di tutelare gli operatori e i pazienti, la "Gestione del percorso del paziente Covid 19" è stata governata da procedure diversificate in funzione dei flussi e delle necessità intrinseche della struttura come di seguito elencate:

- GESTIONE CASO SOSPETTO DI COVID-19. Il protocollo si applica nelle strutture del P.O. coinvolte nella gestione dei pazienti con infezione respiratoria acuta che giungono in modo NON CONSIGLIATO, ossia autonomamente, presso il Pronto Soccorso del P.O. Guzzardidi Vittoria. Destinatari della presente procedura operativa sono gli operatori sanitari del Pronto Soccorso e delle UU. OO. assistenziali.

- GESTIONE STROKE COVID-19. Il protocollo si applica nelle strutture del P.O.Guzzardidi Vittoria identificate per la gestione dei pazienti con infezione respiratoria acuta che giungono in modo NON CONSIGLIATO, ossia autonomamente, oppure con ambulanza del 118. Destinatari della presente procedura operativa sono gli operatori sanitari del Pronto Soccorso e delle strutture identificate (tenda Pre-Triage, Tenda Osservazione, locali ex ticket ed ex edicola), degli operatori della U.O. Neurologia e della U.O. Radiologia;
- GESTIONE PERCORSO NASCITA IN CASO SOSPETTO DI COVID-19. Il protocollo si applica nelle strutture del P.O.Guzzardidi Vittoria identificate per la gestione delle pazienti con infezione respiratoria acuta. Destinatari della presente procedura operativa sono gli operatori sanitari del Pronto Soccorso e delle strutture identificate (tenda Pre-Triage, Tenda Osservazione, locali ex ticket ed ex edicola) e degli operatori della U.O. Ostetricia e Pediatria;
- GESTIONE STEMI – NSTEMI – BAV N CASO SOSPETTO DI COVID-19. Il protocollo si applica nelle strutture del P.O.Guzzardidi Vittoria identificate per la gestione dei pazienti con infezione respiratoria acuta che giungono in modo NON CONSIGLIATO, ossia autonomamente. Destinatari della presente procedura operativa sono gli operatori sanitari del Pronto Soccorso e delle strutture identificate (tenda Pre-Triage, Tenda Osservazione, locali ex ticket ed ex edicola) e degli operatori della U.O. Cardiologia e U.O. Radiologia;
- GESTIONE EMERGENZE CHIRURGICHE INDIFFERIBILI DICASO SOSPETTO COVID-19. Il protocollo si applica nelle strutture chirurgiche del presidio, identificate per la gestione dei pazienti classificati casi sospetti Covid-19 che giungono autonomamente in Pre-Triage o col 118 in Pronto Soccorso. Destinatari della presente procedura operativa sono gli operatori sanitari del Pronto Soccorso, del Pre-Triage e delle strutture chirurgiche del P.O.Guzzardidi Vittoria;
- Nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) Istruzioni Operative per la sorveglianza del personale dell'ASP di Ragusa. Istruzioni operative per la corretta gestione del personale di tutti e quattro i ruoli (sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo) occupati presso le strutture Aziendali, indipendentemente dall'inquadramento contrattuale (ivi compresi Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale), con storia di possibile contatto con un caso di COVID19.
- Procedura operativa per la gestione dei lavoratori con sospetta esposizione a Coronavirus. La presente procedura descrive le misure precauzionali da adottare in caso di sospetta esposizione a virus emergenti (2019-nCoV, Mers-cov, SARS) dei lavoratori dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa atte ad evitare il contagio dei colleghi di lavoro e di eventuali pazienti, si applica a tutti i servizi ospedalieri e territoriali esposti al rischio.
- Procedura operativa per l'identificazione delle misure precauzionali atte ad evitare la diffusione dei virus emergenti (2019-NCOV, MERS-COV,SARS). La presente procedura si applica a tutti i servizi ospedalieri e territoriali esposti al rischio di virus emergenti.
- Procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale(DPI) Covid-19. Redatte dal Servizio Prevenzione e Protezione dell'ASP.
- Documento definitivo organizzativo per l'intero P.O. GPII di Ragusa. Il presente documento è la sintesi della revisione organizzativa effettuata presso il P.O. GPII di Ragusa, si applica a tutte le fasi del Percorso Organizzativo-Clinico per l'identificazione e la gestione dei casi sospetti e accertati di infezione da Coronavirus nell'Ospedale GPII di Ragusa.

All'interno di esso vengono argomentati i seguenti punti :

- Linee guida per la gestione di pazienti con sospetta o probabile SARI

- Pulizia , sanificazione e disinfezione ambientale dell’Ospedale GPII di Ragusa
 - Percorso per le pazienti ostetriche gravide e puerpere
 - Modulo Consenso informato
 - Procedura per pazienti dializzati
 - Gestione dialisi contumaciale
 - Procedura per ingresso camera di isolamento
 - Procedura di svestizione
 - Gestione pneumologica dei pazienti con infezione respiratoria
 - Procedura pazienti per le malattie infettive
 - Procedura invio campioni biologici
 - Misure di contenimento in caso di Coronavirus
 - Norme di comportamento pre-triage
 - Procedura accesso pazienti al pronto soccorso
 - Percorso per la gestione dei casi sospetti o accertati delle donne gravide
 - Procedura di assistenza neonatale
 - Procedura smaltimento rifiuti
 - Procedura smaltimento biancheria
 - Gestione paziente critico adulto in terapia intensiva
 - Procedura camera mortuaria
-
- Scheda pre triage dell’U.O. Medicina e Chirurgia d’Accettazione e Urgenza Emergenza Covid 19- Area di Pre-Triage **per il P.O. GPII di Ragusa**
 - Schema di Terapia domiciliare pazienti affetti da COVID e sorvegliati a domicilio **per il P.O. GPII di Ragusa**
 - Disposizioni Emergenza Covid 19 – Tamponi nasali/faringei per il P.O.**GPII di Ragusa** articolati nei seguenti punti:
 - Effettuare tamponi nasali/faringei a tutti i soggetti identificati come “sospetti” secondo la definizione contenuta nella Circolare del Ministero della Salute 005443 del 22/02/2020
 - La procedura di prelievo del campione a mezzo di tampone nasale e/o faringeo e il successivo imballaggio vanno effettuati in ottemperanza alle indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute n. 3 dell’8 Maggio 2020
 - I campioni vanno inviati indicando mittente, destinatario, data e ora del trasporto, al laboratorio analisi Policlinico di Catania, via Santa Sofia, 78, edificio 7
 - Gestione caso sospetto di infezione da SARS-CoV-2 **per il P.O. GPII di Ragusa**
 - Disposizione urgente per i Medici del Territorio (MMG, PLS, MCA) **per il P.O. GPII di Ragusa** consistente in:
 - Mantenere le porte degli ambulatori chiuse
 - Sospendere l’accesso libero dei pazienti agli ambulatori
 - Organizzare gli accessi previa telefonata con divieto di accesso con sintomatologia respiratoria e febbre che sono tenuti, in attuazione alle linee operative sull’emergenza COVID19, al solo contatto

telefonico sulla base del quale saranno disposte le azioni successive: trasporto in ospedale tramite 118, organizzazione del tampone naso – faringeo tramite il Servizio di Prevenzione

- Percorsi di pazienti in relazione a infezioni Covid19 **per il P.O. GPiI di Ragusa** articolati in:
 - Percorso pediatrico
 - Percorso della puerpera – neonato
 - Percorso neonato proveniente dall'esterno
 - Percorso delle pazienti ostetriche gravide
 - Percorso per il paziente psichiatrico
- Disposizione su Ricovero dei casi sospetti per COVID19 in accordo alle definizioni ministeriali **per il P.O. GPiI di Ragusa**
- Proposta operativa percorso COVID/COVID FREE **per il P.O. GPiI di Ragusa**
- Misure precauzionali per la ripresa di attività ambulatoriali e di ricovero prot.12601 del 3/04/2020 **GPiI di Ragusa**
- Trattamento e percorsi dei pazienti con sindrome coronarica **GPiI di Ragusa**
- Organizzazione del laboratorio di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione dell'U.O.C. di Cardiologia del P.O. **GPiI di Ragusa** alla luce dell'emergenza COVID-19
- I percorsi del paziente cardiopatico sospetto/confermato – creazione area COVID **CARDIOLOGIAGPiI di Ragusa**
- Protocollo visita cardiologica e gestione pazienti con sindrome coronarica acuta; AREA COVID Cardiologia Ospedale **GPiI di Ragusa**
- Diagramma di flusso del percorso con inizio dall'area pre triage **GPiI di Ragusa**
- Percorsi radiologici sospetti COVID 19**per il P.O. GPiI di Ragusa**
- Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale in ambito cardio-oncologico **per il P.O. GPiI di Ragusa**
- Area COVID Cardiologia definitivo **per il P.O. GPiI di Ragusa**
- Consulenza Cardiologica COVID **per il P.O. GPiI di Ragusa**
- Misure contenimento contagio Cardiologia **per il P.O. GPiI di Ragusa**

Nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da COVID 19 e in ottemperanza alla Direttiva Assessoriale n.12825 del 4/03/2020 "Emergenza coronavirus. Disponibilità posti letto", l'Azienda sanitaria di Ragusa avendo identificato, come già detto, il P.O. Maggiore di Modica come HUB di riferimento aziendale per la cura dei pazienti affetti da Covid 19 ha emanato le seguenti **DISPOSIZIONI AZIENDALI COVID-19**:

- In merito ai pazienti dializzati trattati nei centri convenzionati, rimane ferma l'erogazione delle relative prestazioni di pertinenza precisando che, in caso di eventuale positività al COVID-19, l'unico reparto deputato a garantire il relativo trattamento è l'U.O.C. di Nefrologia e Dialisi del P.O. Maggiore di Modica.
- Sono sospese le prestazioni ambulatoriali differibili, erogate nelle strutture territoriali afferenti ai seguenti settori: Salute mentale adulti, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Consultori familiari, servizi semi-residenziali erogati dai D.S.M., Centri diurni per l'Alzheimer e Centri diurni per l'autismo (successivamente autorizzate, con disposizione del 14/04/2020, ad erogare prestazioni

ambulatoriali rispettando le norme di sicurezza, dispensando guanti, mascherine ed eventualmente rilevando la temperatura corporea con termo scanner qualora si ritenesse necessario).

- In ottemperanza alle indicazioni da ultimo emanate con D.P.C.M. del 8/03/2020 ed in attivazione delle linee di indirizzo impartite dall'Assessorato Regionale della Salute, vengono sospese le prestazioni ambulatoriali non urgenti e differibili, nonché tutte le prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria tranne quelle recanti motivazioni di urgenza (classe priorità U), quelle di dialisi, quelle oncologiche-chemioterapiche, i controlli post-intervento ortopedici e chirurgici, i controlli per utilizzo di terapie anticoagulanti e per pazienti trapiantati. In questi casi, verranno adottate misure organizzative al fine di evitare il sovraffollamento, scaglionando l'accesso per impedire aggregazioni numericamente rilevanti di persone assicurandone un adeguato distanziamento.
- Nel rispetto dei DD.PP.CC.MM. del 4/3/2020 e del 8/03/2020 deve essere attuata ogni misura igienico-sanitaria (utilizzo dei DPI), viene imposto il divieto agli accompagnatori dei pazienti di permanere nelle sale d'attesa dei dipartimenti di emergenza/pronto soccorso, vengono ridotte le visite ai ricoverati da parte dei visitatori ad un solo familiare/caregiver per paziente, non intercambiabile, con un orario di visite dalle ore 18.00 alle ore 19.30. Viene inoltre vietato l'accesso agli informatori scientifici e limitato l'accesso al pubblico negli uffici amministrativi.
- Infine, con un'integrazione della nota Prot. N. U-1089 del 9/03/2020, si precisano: la sospensione delle prestazioni ambulatoriali con classe di priorità B fino al 3 aprile 2020, tranne i piani terapeutici e le prestazioni di ventilazione-terapia, così come le commissioni per le disabilità gravissime e le prestazioni differibili e programmabili.
- Il personale non direttamente impegnato nelle prestazioni da erogare in regime di urgenza, dovrà essere messo a disposizione per un eventuale piano di contingenza aziendale per la gestione dell'emergenza in argomento.
- Per assolvere all'obbligo di massima diffusione delle informazioni, vengono pubblicate ed aggiornate le raccomandazioni per gli operatori e ogni circolare di pertinenza all'interno del sito intranet aziendale, identificato come link "Rischio COVID-19 informazioni per gli operatori".

In attuazione alle indicazioni Assessoriali riguardanti l'istituzione e l'organizzazione delle "Unità speciali di continuità assistenziale-USCA", l'azienda ha già avviato l'attività delle suddette unità in data 14/04/2020 individuando, per l'espletamento delle relative prestazioni, personale medico previa procedura selettiva e personale infermieristico già in servizio nei distretti territoriali di riferimento. Seguendo il trend epidemiologico di infezione, registratosi nel territorio ibleo, sono stati costituiti n. 6 USCA, due per ogni distretto socio-sanitario aziendale: Distretto di Ragusa (costituito da n.4 medici, n.4 infermieri ed un autista); Distretto di Vittoria (costituito da n. 4 medici, n. 4 infermieri ed un autista) e Distretto di Modica (costituito da n.4 medici, n. 4 infermieri ed un autista) e un'USCAS per Distretto, cessate dall'1 Giugno 2021.

I dati confortanti, estrapolati dagli studi epidemiologici condotti sul territorio ibleo in merito all'infezione da Covid-19, hanno permesso di far fronte alle esigenze assistenziali attivando le USCA, in considerazione del dato numerico della popolazione residente nel territorio di riferimento dell'ASP. Per quanto concerne invece l'attività inerente l'esecuzione dei tamponi, è stato istituito un Team Covid-19

dedicato, ancor prima dell'attivazione delle USCA, coordinato dai Distretti sanitari di riferimento in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione.

Nell'ottica di un miglioramento delle prestazioni, anche in fase di emergenza da Covid-19, e di una corretta prevenzione del rischio clinico, si diffonde la seguente scheda di Incident Reporting, che consentirà di comunicare l'evento all'U. O. Risk Management in maniera univoca e schematica:

Gestione del Rischio Clinico		SCHEDA GENERALE Rev.2/Risk Management Dr. Giovanni Ruta	
SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI EMERGENZA COVID-19			
Ospedale		Unità Operativa	
Nome e Cognome dell'operatore(facoltativo)			
Qualifica		<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere/Caposala <input type="checkbox"/> Altro specificare _____	
Dati relativi al paziente coinvolto	Nome e Cognome del paziente (facoltativo)		
	Data di nascita		
Tipo di accesso	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero DH	<input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Prestazione domiciliare <input type="checkbox"/> Altro _____
Descrizione dell'evento (che cosa è successo?)			
Sintomatologia paziente Probabile causa dell'evento			
Paziente asintomatico	<input type="checkbox"/> Covid-19 positivo <input type="checkbox"/> Covid-19 negativo	Fattori legati al sistema	<input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/> Elevato turn-over <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Protocollo/procedura inesistente/ambigua <input type="checkbox"/> Insuccesso nel far rispettare protocolli/procedure <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento <input type="checkbox"/> Mancata /inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancata /inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata /inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato <input type="checkbox"/> DPI insufficienti
Paziente sintomatico	<input type="checkbox"/> Covid-19 positivo <input type="checkbox"/> Covid-19 negativo (dopo tampone: 1. eseguito giorno..... 2. eseguito giorno..... 3. eseguito giorno.....		
Altri fattori (specificare):			
Fattori che possono aver ridotto l'esito			
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce <input type="checkbox"/> Buona assistenza <input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> Altro (specificare)			

A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?			
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Altre indagini <input type="checkbox"/> Visita medica <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Tampone naso-faringeo <input type="checkbox"/> Ricovero in TI	<input type="checkbox"/> Trasferimento <input type="checkbox"/> Altro _____
Come si poteva prevenire l'evento?			
L'evento è documentato in cartella clinica?		Il paziente è stato informato dell'evento?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

(Compilazione a cura del Referente medico Rischio Clinico U.O.)

Valutazione del rischio futuro
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quali?
L'evento risulta incrementare i costi, la durata della degenza o il consumo di risorse?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO In che modo?

L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo? (es. ritardi, ecc.)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quali?
Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Commentare

Referente medico Rischio Clinico U.O. _____ Firma _____ Data _____

<ol style="list-style-type: none"> La presente scheda vuole essere uno strumento per identificare i problemi, e le cause ad essi connesse, che possono insorgere durante le attività clinico-assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili. Per questo, in caso di altri obblighi derivanti da legge, è necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle autorità competenti. La scheda può essere riconsegnata al Responsabile di Unità Operativa, anche in forma anonima. Dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, la scheda verrà de-identificata per quanto riguarda i dati relativi all'operatore ed al paziente. Dopo la compilazione della parte a cura del responsabile inviare la scheda al Dr. Giovanni Ruta - Referente Aziendale Rischio Clinico, Piazza Igea, 1 Ragusa.
--

TERMINI E DEFINIZIONI

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

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

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

Accreditamento volontario: (detto anche accreditamento professionale tra pari)

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

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

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

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

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

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

Essa comprende:

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

Per essere affidabile l'analisi deve:

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

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

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

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

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

da un gruppo multidisciplinare, volta a valutare in modo proattivo un processo sanitario. Tra gli strumenti utilizzati per l'accertamento della vulnerabilità del sistema si citano il diagramma di flusso, la matrice di pesatura dei rischi e l'albero decisionale della FMEA.

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

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

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

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

Analisi di processo

Descrizione e valutazione sistematica della sequenza di attività di un processo, nella loro successione logico - temporale, identificando eventuali scostamenti rispetto al modello di riferimento.

Analisi proattiva: Approccio preventivo al sistema per evitare che si verifichino eventi avversi, attraverso l'applicazione di metodi e strumenti per identificarne ed eliminarne le criticità.

Analisi reattiva: Studio a posteriori degli eventi avversi, mirato ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi.

Approccio sistemico

L'approccio alla gestione del rischio prevede una visione sistemica che prende in considerazione tutte le componenti dell'organizzazione sanitaria. Parte dal presupposto che l'organizzazione sanitaria è un sistema complesso e adattativi in cui interagiscono un insieme di elementi interdipendenti (persone, processi, attrezzature) per raggiungere un obiettivo comune.

Appropriatezza: l'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

Audit clinico: metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

Causa: fattore antecedente necessario e sufficiente per il determinarsi di un evento, effetto, risultato od esito.

Competenza: è la "messa in atto" di comportamenti che consentono di eseguire con sicurezza ed efficacia le specifiche attività professionali, ottenendo esiti compatibili con best practice o standard di qualità definiti. Ciò richiede conoscenze, attitudini, appropriati atteggiamenti e abilità intellettuali e psicomotorie.

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

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

Consenso informato

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

Cultura della Responsabilità (just culture)

La cultura della responsabilità è fondata su una distinzione chiara e condivisa fra ciò che può essere considerato un comportamento accettabile e non accettabile. Richiede che le organizzazioni creino un clima di fiducia in cui le persone si sentano corresponsabili nel garantire la sicurezza dei pazienti e forniscano informazioni essenziali ad essa correlate. Una "cultura della responsabilità" riconosce che il singolo professionista non deve essere ritenuto responsabile per difetti del sistema, su cui non ha controllo, ma non ammette comportamenti coscientemente imprudenti, rischiosi per i pazienti o gravemente scorretti

Cultura della sicurezza

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

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

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

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

Empowerment del paziente

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

Errore: fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato

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

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

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

Errore di esecuzione

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

Errore d'attenzione o di percezione (slip)

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

Errore di memoria (lapse)

Errore dovuto a deficit di memoria

Errore di giudizio (mistake)

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

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

Errore di pianificazione (mistake)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evento (Incident): Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

Evento avverso (Adverseevent)

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

Evento avverso da farmaco (Adversedrugevent)

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

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

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

Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o

perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento sentinella (Sentinelevent)

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

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

Fallimento delle difese/controllo

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

Farmaci ad alto rischio

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

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

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

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

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

Gestione del farmaco

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

Gestione del rischio clinico (ClinicalRisk Management)

Processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.

Governo clinico: sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica (Sally G, Donaldson L J, BMJ, 4 July 1998).

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

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

Hazard: fonte potenziale di danno.

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

Linee guida basate sulle evidenze

Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare clinici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche.

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

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

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

Near miss: (vedi Evento evitato).

Processo: sequenza di attività interconnesse finalizzate alla realizzazione di un obiettivo definito.

Qualità dei servizi sanitari

Capacità di soddisfare, in uno specifico contesto, i bisogni di salute di una popolazione, secondo le evidenze scientifiche e le risorse disponibili.

Reazione avversa a farmaco (AdverseDrugReaction)

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

Reclamo

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

Rischio (Risk)

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

Segnalazioni obbligatorie (Mandatory reporting)

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

Segnalazioni volontarie (Voluntary reporting)

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

Sicurezza del paziente (Patientsafety)

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

Sicurezza nell'uso dei farmaci (Medicationsafety)

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

Sistema

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

Sistemi ad alta affidabilità

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

Sistema di segnalazione degli incidenti (Incident reporting)

È una modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure, effettuata volontariamente od obbligatoriamente dagli operatori, con le seguenti caratteristiche:

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

Sorveglianza (Surveillance)

Monitoraggio nel tempo di un fenomeno, che utilizza tutte le fonti informative disponibili, in particolare i flussi informativi correnti e i sistemi di rilevazione istituiti ad hoc. Nel caso specifico degli eventi avversi vengono considerati anche i reclami degli utenti e i procedimenti legali in corso.

Stakeholders

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

Valutazione del rischio (Riskassessment)

Processo di identificazione dello spettro dei rischi, intrinseci ed estrinseci, insiti in un'attività sanitaria, di analisi e misura della probabilità di accadimento e del potenziale impatto in termini di danno al paziente, di determinazione del livello di capacità di controllo e gestione da parte dell'organizzazione, di valutazione delle opportunità, in termini di rischio/beneficio e costo/beneficio. Per assicurare la considerazione di tutti i rischi è utile adottare un approccio multidisciplinare.

LISTA DI DISTRIBUZIONE

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

INDICE

Premessa	pag.	3
Scopo	pag.	5
Missione istituzionale	pag.	5
La visione aziendale	pag.	6
Riferimenti normativi	pag.	6
Principi ispiratori	pag.	7
Metodologia	pag.	7
Principi ispiratori del sistema organizzativo –gestionale	pag.	8
Struttura organizzativa U.O.S. Qualità e Rischio Clinico	pag.	9
Compiti e funzioni.....	pag.	9
Obiettivi strategici di riferimento del Piano Sanitario Regionale	pag.	12
Piano Operativo 2021– Qualità	pag.	13
Analisi del contesto	pag.	14
Attività svolta nel 2020 e da svolgere nel 2021.....	pag.	15
Check list di autovalutazione ed audit interno	pag.	15
Piano Operativo 2021 - Rischio clinico	pag.	28
Il rischio nella struttura sanitaria aziendale	pag.	29
Piano delle attività.....	pag.	32
Obiettivi	pag.	33
Disposizioni relative alla gestione dei rischio clinico e rischio operatori.....	pag.	65
Ordinanze COVID-19.....	pag.	66
Termini e definizioni	pag.	77
Lista di distribuzione.....	pag.	84