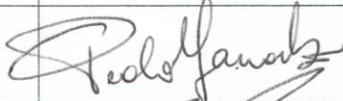
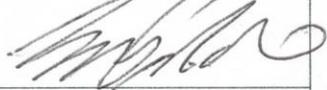


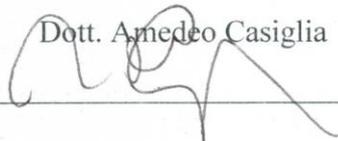
Relazione Qualità e Rischio Clinico 2018

REDAZIONE

STRUTTURA	COGNOME E NOME	QUALIFICA/ FUNZIONE	FIRMA
U.O.S. Qualità	Casiglia Amedeo	Dirigente psicologo/ Responsabile U.O.S. Qualità	
U.O.S. Qualità	Desti Gaetano	Dirigente medico Organizzazione Servizi Sanitari di Base/ Qualità	
U.O.S. Qualità	Fernandez Paola	Dirigente medico Geriatria/ Rischio Clinico	
U.O.S. Qualità	Pulichino Luigi	Dirigente medico Psichiatria/ Rischio Clinico	
U.O.S. Qualità	Ricca Teresa	Dirigente medico Organizzazione Servizi Sanitari di Base/ Qualità	

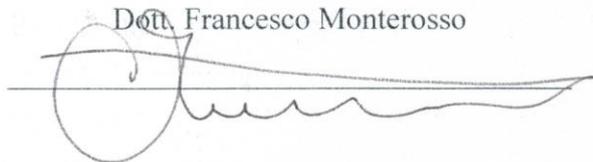
Il Responsabile U.O.S. Qualità

Dott. Amedeo Casiglia



Il Direttore dell'U.O.C. Coordinamento Staff Strategico

Dott. Francesco Monterosso



INDICE

1. OGGETTO.....	3
2. SCOPO.....	3
3. ABBREVIAZIONI	3
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	3
4.1 Diffusione della Cultura del Rischio Clinico	3
4.2 Eventi avversi e near miss: incident reporting	4
4.3 Gestione degli Eventi Sentinella	5
4.4 Gestione Sinistri	6
4.5 Gestione reclami Rischio Clinico.....	6
4.6 Gestione Raccomandazioni Ministeriali	6
4.7 Prevenzione delle Infezione Ospedaliere (CIO).....	6
4.8 Programma regionale Global Trigger Tool	7
4.9 Programma per il corretto utilizzo della Checklist di Sala Operatoria	7
4.10 Il National Early Warning Score (NEWS)	8
4.11 Gestione della documentazione.....	8
4.12 Miglioramento della Qualità percepita dall'utente	11
4.13 Supporto al processo di budgeting	11
4.14 Supporto all'individuazione degli obiettivi per gli specialisti ambulatoriali.....	12
4.15 Supporto al Progetto regionale "Umanizzazione delle strutture di ricovero".....	12
4.16 Audit sulla qualità dei dati Programma Nazionale Esiti 2017.....	13
5. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI	13

1. OGGETTO

L'oggetto della presente relazione Qualità e Rischio Clinico è rappresentato dalle attività svolte nel 2018 dall'Unità Operativa Qualità dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

2. SCOPO

Lo scopo di questo documento è quello di descrivere le principali aree di attività che l'Unità Operativa Qualità ha sviluppato nell'anno 2018, anche per ottemperare a quanto previsto dall'art.2 comma 5 della Legge Nazionale n.24 dell'8/03/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

A tal fine il presente documento viene pubblicato sul sito internet dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

3. ABBREVIAZIONI

Age.Na.S.: Agenzia Nazionale dei Servizi sanitari
ASP: Azienda Sanitaria Provinciale
CPVA: Comitato Programmazione Valutazione Aziendale
DA: Decreto Assessoriale
LG: Linee guida
U.O./ UU.OO: Unità operativa/operative
P.O.: Presidio ospedaliero
PNE: Programma Nazionale Esiti

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Allo scopo di costituire una struttura capillare per sostenere le attività inerenti il rischio clinico e la qualità aziendali, sin dal 2012 è stata implementata una rete di operatori composta da:

- 6 referenti per i PP.OO aziendali (uno per ciascun P.O. e uno per il centro di alta specializzazione Villa delle Ginestre),
- un referente per ciascuna U.O.C sanitaria presente nei Presidi Ospedalieri;
- un referente per il Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
- un referente per il Dipartimento Salute della Donna e del Bambino;
- un referente per ciascun Distretto Sanitario.

4.1 Diffusione della Cultura del Rischio Clinico

Lo scenario nazionale ed internazionale relativo alla sicurezza in Sanità sta sempre più spingendo oltre la semplice rilevazione degli "eventi avversi", per richiamare l'attenzione sulla "misurazione della sicurezza delle cure" e sulla "mappatura del rischio". In quest'ottica il team che si occupa della gestione del rischio clinico in questa ASP utilizza un insieme di metodi, strumenti e fonti informative quali farmacovigilanza, dispositivo vigilanza, emovigilanza, segnalazioni dei cittadini tramite gli uffici relazioni con il pubblico, ecc...

Inoltre, nel corso degli anni, questo team ha implementato dei sistemi informativi obbligatori (segnalazione degli eventi sentinella) e facoltativi anche in anonimato (*incident reporting*), nonché l'analisi delle informazioni attraverso la metodologia dei *global trigger tools* (GTT).

In questo ambito vengono, inoltre, raccolte informazioni relative all'attività svolta per la prevenzione dei rischi ed in particolare quelle realizzate in coerenza con gli indirizzi forniti da Ministero della Salute ed Agenas, per la

applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente (ad esempio prevenzione delle infezioni ospedaliere).

Un altro degli aspetti di maggiore importanza per questa UO, sottolineato anch'esso dalla letteratura internazionale, riguarda la promozione del viraggio culturale innanzi all'occorrenza di un evento avverso: ovvero il passaggio da un atteggiamento difensivista ed omertoso, ad una cultura finalizzata alla sicurezza del paziente. Pertanto, questo team sta operando non solo incentivando la segnalazione degli *incident*, soprattutto dei *near miss*, ma ha previsto due differenti linee programmatiche, volte ad implementare la cultura del rischio clinico: formazione e visibilità.

4.1.1 Formazione

Nel corso degli anni sono stati programmati ed effettuati numerosi corsi di formazione rivolti a target differenti. Sono stati effettuati corsi di introduzione al rischio clinico, agli strumenti relativi alla sicurezza del paziente, all'applicazione ed al monitoraggio degli *Standard Joint Commission* (JCI), all'applicazione della *Root Cause Analysis* (RCA), ecc... Inoltre sono stati effettuati corsi di formazione relativi alle Raccomandazioni Ministeriali ed alla loro contestualizzazione (RM n.4 - per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale, RM n.13 - per la prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, ecc...)

Nel 2018 sono stati organizzati ed effettuati i seguenti corsi di formazione:

- “Valutazione e monitoraggio del paziente critico” quattro edizioni (I edizione il 22.05.2018 – II edizione 05.06.2018 - III edizione 25.09.2018 – IV edizione 09.10.2018).
- “La prevenzione degli atti di aggressività e violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero e territoriale”, due edizioni: 20-21 novembre 2018 e 4-5 dicembre 2018.
- “La gestione del rischio clinico nei servizi territoriali” una edizione il 29.05.2018.

4.1.2 Visibilità

Al fine di rendere maggiormente accessibili le informazioni relative alla gestione del rischio clinico, già dal 2011 è stato attivato un sito internet riguardante esclusivamente la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi erogati (<http://qualitarischioclinico.asppalermo.org>).

All'interno del sito è possibile accedere alla documentazione editata dal Ministero della Salute e dall'Assessorato Sanità della Regione Siciliana riguardante il rischio clinico, alle norme di riferimento, al materiale relativo al progetto *Patient Safety* della *Joint Commission International* e ad una selezione di siti nazionali ed internazionali del settore. All'interno del sito sono contenuti, inoltre, i documenti relativi alla programmazione delle attività di rischio clinico cui accedono i referenti delle UU.OO. dei PP.OO.

4.2 Incident reporting: eventi avversi e near miss.

La segnalazione volontaria di incidenti correlati alla sicurezza delle cure (near miss/quasi eventi - eventi senza danno, eventi avversi) prevede la trasmissione di un'apposita scheda di segnalazione, che può essere inviata anche in forma anonima, pubblicata sul sito internet aziendale. Al fine di definire ed uniformare le modalità di gestione della comunicazione nel rischio clinico ed in riferimento a quanto specificato nelle “Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in Sanità” del Ministero della Salute (giugno 2011), è stato definito e trasmesso a tutte le UU.OO. assistenziali di questa Azienda il regolamento sulla comunicazione di eventi avversi e di eventi senza esito. Gli obiettivi del regolamento riguardano la comunicazione degli eventi avversi di particolare gravità (*Adverse event*) cioè quegli eventi inattesi correlati al processo assistenziale e che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile e degli eventi senza esito (*Near Miss Event*), cioè quegli errori che hanno la potenzialità di causare eventi avversi ma che non hanno provocato conseguenze per caso fortuito, o perché intercettati. Tutte le schede trasmesse alla UO Qualità vengono inserite in un apposito database per la gestione del Rischio Clinico. Dal punto di vista operativo, a seguito della segnalazione, il team Rischio Clinico contatta l'U.O. dove si è verificato l'evento e viene avviata un'analisi preliminare dell'accaduto, con lo scopo di definire se

l'evento, con o senza esito, è da considerarsi un evento avverso. Se l'evento è con esito e rientra nelle categorie di gravità da moderato a severo, oppure se l'evento è senza esito ma dall'analisi dei dati raggruppati viene stabilita una frequenza elevata (più di tre eventi nell'anno), vengono predisposti dei piani di miglioramento per evitare che l'evento possa ripetersi e viene effettuata una restituzione dell'analisi preliminare all'U.O. coinvolta, mediante audit.

Dal 01.01.2018 al 31.12.2018 sono pervenuti a questa U.O. Qualità n. 92 eventi avversi, tra ospedale e territorio, di cui 46 con esito. La maggioranza di questi riguarda l'evento "caduta del paziente" (34,8%) seguito dall'evento "atti di violenza a danno di operatore". A seguito dell'analisi degli episodi segnalati, si è pertanto provveduto a elaborare dei piani di miglioramento ad uopo per ogni struttura coinvolta, in relazione all'evento occorso. Per quanto riguarda le cadute, dai sopralluoghi e dagli audit effettuati, il più delle volte le cause sono state ascrivibili ad una inefficace comunicazione sul reale rischio di caduta e sulle strategie per evitarlo, tra operatori e pazienti e/o ad abitudini errate dei pazienti e del personale sanitario e parasanitario che opera con i pazienti in prima persona; per cui i piani di miglioramento sono stati incentrati sulla necessità di sradicare tali comportamenti e sulla definizione di una serie di atti preventivi, che sono meglio precisati nella procedura aziendale sulla prevenzione delle cadute, in atto in corso di revisione ed implementazione. In seguito, è stata prevista l'organizzazione di nuovi incontri con tutto il personale delle UU.OO. coinvolto negli eventi "caduta del paziente", per spiegare nuovamente la procedura, illustrarne le modifiche apportate e condividere gli atti preventivi messi in essere.

Per quanto riguarda invece gli eventi relativi all'aggressione del personale sanitario e parasanitario nelle UU.OO. di questa ASP, sono stati effettuati numerosi audit per individuarne le possibili cause. Tra queste, la comunicazione efficace rappresenta un elemento fondamentale per la prevenzione delle cadute. Inoltre occorre specificare che molti degli eventi segnalati si sono verificati presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) Pertanto si è provveduto ad organizzare un corso di formazione relativo alla prevenzione degli atti di aggressività e violenza a danno degli operatori sanitari, in ambito ospedaliero e territoriale.

4.3 Gestione degli Eventi Sentinella

Il Ministero della Salute definisce evento sentinella un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".

La gestione degli eventi sentinella nell'ASP di Palermo da parte del Rischio Clinico è descritta nel Regolamento "Gestione degli Eventi Sentinella" pubblicato sul sito aziendale.

Nel 2018 si sono verificati undici eventi sentinella di cui sei in strutture dell'ASP Palermo e cinque in case di cura convenzionate. Tutti gli eventi sono stati registrati ed inviati tramite flusso SIMES. Per tutti gli eventi sentinella avvenuti presso questa ASP sono stati effettuati Audit o RCA e sono stati definiti i piani di miglioramento.

Eventi Sentinella segnalati e validati nel 2018 (Scheda A e Scheda B)		Struttura Sanitaria	
		ASP	Case di Cure
1	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	0	1
2	Morte o grave danno per caduta di paziente	3	2
3	Atti di violenza a danno di operatore	3	2
Totale		6	5

Tab. 1 – Eventi Sentinella al 31.12.2018

A seguito dell'analisi relativa agli eventi sentinella, sono stati predisposti specifici piani di miglioramento di cui si elencano i prioritari:

- Ridistribuzione della raccomandazione ministeriale n. 8 "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".
- Corso di formazione sulla gestione del rischio clinico nel territorio.
- Corso di formazione sulla prevenzione degli atti di aggressività e violenza a danno degli operatori sanitari, in ambito ospedaliero e territoriale.
- Monitoraggio degli accessi al PS attraverso la distribuzione di tesserino identificativo a ciascun visitatore.
- Attivazione dell'ambulatorio integrato dei codici bianchi.
- Audit clinico sulla corretta valutazione e gestione del rischio cadute. Target: medici ed infermieri.
- Revisione della procedura aziendale sulla prevenzione delle cadute con specificità relative ai pazienti fragili.
- Revisione protocollo per la gestione della contenzione in SPDC.
- Corso di formazione sulla gestione della contenzione in SPDC.
- Audit clinico sulla corretta valutazione e gestione del rischio cadute, con particolare riferimento alle problematiche organizzative e di comunicazione.

Per tutti i piani di miglioramento, è stato previsto il monitoraggio periodico e relativa rendicontazione.

4.4 Gestione Sinistri

Già dal 2010 vengono regolarmente inseriti i dati relativi ai sinistri di questa Azienda. Nel 2018 sono stati registrati n. 62 sinistri.

4.5 Gestione reclami Rischio Clinico

I reclami dell'utenza che hanno provocato o avrebbero potuto provocare un danno al paziente vengono tempestivamente trasmessi dall'U.O. Comunicazione e Informazione all'U.O. Qualità, che avvia un'indagine per individuare i possibili fattori latenti e definire eventuali piani di miglioramento.

Nel 2018, su 385 reclami, tre hanno riguardato il rischio clinico ed erano relativi a ritardo di prestazione diagnostica, servizi alberghieri scadenti, presunta errata diagnosi.

4.6 Gestione Raccomandazioni Ministeriali

Le Raccomandazioni che il Ministero per la Salute, elaborate e pubblicate tramite web, sono state diffuse a tutte le UU.O.O. direttamente interessate tramite lista di distribuzione e, nella maggior parte dei casi, sono state contestualizzate rispetto all'organizzazione.

In alcuni casi, vista l'importanza dell'argomento trattato per questa Azienda, il documento elaborato sulla base della raccomandazione ministeriale ha assunto la forma di procedura aziendale o protocollo operativo.

4.7 Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere (CIO)

Nel corso del 2018, in collaborazione con il Comitato Infezioni Ospedaliere Aziendale (CIO) e con l'UO Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche di questa Azienda, sono state effettuate delle attività inerenti la prevenzione delle ICA (infezioni correlate all'assistenza) e, nello specifico, è stata definita una checklist attraverso la quale effettuare il monitoraggio dei parametri estrapolati dalla Gazzetta Ufficiale N.18 del 20 Aprile 2001 "Lotta contro le infezioni ospedaliere; elementi oggetto di valutazione per la verifica del raggiungimento degli obiettivi" che è stata utilizzata per la valutazione delle azioni efficaci per la prevenzione delle infezioni ospedaliere presso le UU.OO. del Presidi Ospedalieri.

4.7.1 Prevenzioni delle infezioni del sito chirurgico

Uno dei problemi emergenti negli ultimi anni in ambito sanitario è l'aumento dell'insorgenza negli ambienti ospedalieri di infezioni da parte di ceppi resistenti agli antibiotici. Fra le infezioni che possono insorgere in seguito ad un ricovero ospedaliero hanno un ruolo di rilievo le infezioni del sito chirurgico.

Allo scopo di prevenire queste ultime, in collaborazione con il Comitato delle Infezioni Ospedaliere (CIO), ed insieme ad operatori sanitari del P.O. Ingrassia, è stata elaborata la procedura PR033DIR02100 dal titolo "Bundle per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico" che prevede l'applicazione di alcuni interventi/comportamenti *evidence-based* nei pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico.

Gli elementi previsti nel *bundle* sono stati integrati nella checklist di sala operatoria, al fine di monitorarne l'applicazione puntuale laddove indicato. A seguito della procedura sono stati effettuati corsi di formazione al personale ed è stato avviato un programma di monitoraggio informatico delle infezioni del sito chirurgico.

4.8 Programma regionale Global Trigger Tool

Nell'ambito del progetto di Piano Sanitario Nazionale anno 2013, l'Assessore Regionale della Salute, ha approvato il progetto dal titolo "*Strumenti per migliorare la sicurezza del paziente: monitoraggio Global Trigger Tool, eventi avversi, eventi sentinella per migliorare l'implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti*" presentato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Vittorio Emanuele Catania". Il sistema Global Trigger Tool (GTT) è una metodica di gestione del rischio clinico e di monitoraggio delle azioni correttive, che consiste nell'analisi retrospettiva di campioni di cartelle cliniche, diretta alla ricerca di una serie codificata di indicatori di possibili eventi avversi. Nel corso del 2015 è stato avviato il programma di formazione finalizzato alla costituzione del team di verifica, rivolto agli operatori delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie siciliane che sono stati selezionati da un'apposita commissione.

Il team di verifica di questa Azienda è stato composto inizialmente da otto operatori di cui sei dirigenti medici provenienti dai PP.OO. coadiuvato dall'UU.OO. Qualità.

Il progetto ha previsto anche l'individuazione delle UU.OO. che saranno sottoposte a verifica attraverso la metodologia GTT e, nella nostra Azienda, sono state individuate le UU.OO. di Medicina Interna e di Chirurgia Generale del P.O. "G. F. Ingrassia". Nel luglio 2016, al fine di poter ampliare l'attività di revisione e quindi di estendere l'applicazione della metodologia *Global Trigger Tool* in altre UU.OO., si era resa necessaria l'emanazione di un nuovo bando assessoriale per l'arruolamento di nuove ed ulteriori unità di personale per lo svolgimento di attività di revisione e supervisione. Pertanto da Gennaio 2017, il team di questa azienda si è ampliato risultando composto da quattordici referenti, di cui sei dirigenti medici, cinque infermieri e tre operatori delle UU.OO. Qualità.

Nel 2018 il campionamento delle cartelle cliniche con metodologia Global Trigger Tool (GTT), ha coinvolto le seguenti UU.OO.CC.: Medicina, Chirurgia, Ostetricia e Geriatria.

4.9 Programma per il corretto utilizzo della Checklist di Sala Operatoria

Come previsto dal "*Programma per il corretto utilizzo della checklist di sala operatoria*" (GURS 24/01/2014 n. 4), la nuova checklist per la sicurezza in sala operatoria è stata implementata in tutte le Sale Operatorie. Nel 2018 è stato monitorato il processo di applicazione della checklist di sala operatoria, con particolare attenzione alla tempistica e alle modalità di attuazione; in particolare sono state monitorate con osservazione diretta le sale operatorie dei PP.OO. di questa Azienda. Sono state effettuate n. 22 *on-site visit* e la presenza di corretta applicazione della checklist è risultata nel 100%.

4.10 Il National Early Warning Score (NEWS)

Alla luce di quanto previsto dal Decreto Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” e, nello specifico: “...Per promuovere un uso appropriato dell’ospedale, ai fini di migliorare la qualità dell’assistenza offrendo al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche, nel contesto assistenziale più rispondente ai suoi bisogni, e’ indispensabile che le regioni, nel recepire i contenuti del presente provvedimento, adottino anche un atto di indirizzo per le aziende ed enti del Servizio sanitario regionale nonché per le strutture private accreditate, relativo a specifici criteri per l’ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione che in condizioni di emergenza-urgenza...” questa Azienda ha costituito un gruppo di lavoro per la riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera secondo un approccio che tenga conto dell’intensità di cura. A tale scopo, è stato elaborato un piano di intervento finalizzato a potenziare la sicurezza del paziente che ha previsto l’utilizzazione di uno strumento di “allarme precoce”, in grado di cogliere tempestivamente il deterioramento delle funzioni fisiologiche prima che eventi avversi si verificino a “cascata” e che possa consentire la definizione dell’intensità di cure necessaria. Tra i diversi sistemi di EWS (Early Warning Score) che consentono di identificare le fasi acute di malattia e di predisporre le adeguate cure in uso nell’ambito di contesti sanitari, è stato individuato il “National Early Warning Score (NEWS) - linea guida regionale – Regione Toscana - 2014” tradotto e adattato dalla linea guida originale della Royal College of Physicians del luglio 2012, che si fonda sulla registrazione routinaria di parametri fisiologici come base di un sistema di “allarme precoce” per migliorare la diagnosi nell’acuzie e la capacità di cogliere un eventuale deterioramento delle funzioni fisiologiche nelle fasi acute di malattia, prima che eventuali danni precipitino a cascata. Dal confronto tra i differenti sistemi di EWS in uso, è stato rilevato che il NEWS ha una capacità di stimare il rischio di morte pari o superiore a quella dei migliori EWS e che analoga è la sua capacità di definire i criteri di allerta. Il NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ha raccomandato questo tipo di approccio nelle malattie acute (Linee Guida GC50 del 2007) e nel NEWS sono stati adottati gli stessi parametri raccomandati nel NICE. Nel 2016, in collaborazione con la UO Qualità, è stato implementato il percorso assistenziale NEWS, che ha previsto, oltre ad una prima fase di sperimentazione, la formazione agli operatori sanitari (medici ed infermieri) e l’applicazione della scheda di valutazione dei parametri in tutte le Unità Operative dei PP.SS. al momento della decisione di ricoverare il paziente, anche in attesa di posto letto, e inoltre in tutti i pazienti in transito in Osservazione Breve Intensiva. A partire dal 2017 la scheda di valutazione NEWS è stata introdotta in tutte le UU.OO. dei PP.OO. di questa Azienda, ed è stato avviato un programma di monitoraggio e valutazione partecipata, con la presenza di un membro del team rischio clinico, che ha valutato il livello di applicazione del protocollo, l’impatto sulla sicurezza del paziente e il grado di accettazione da parte delle figure professionali coinvolte. Inoltre, dal gennaio 2017 ad oggi sono già state effettuate 5 edizioni (e ne sono previste ancora 2 entro la fine del 2018), del corso di formazione “Valutazione e monitoraggio del paziente critico”, in cui viene ulteriormente esplicitato il ruolo del NEWS sulla sicurezza del paziente.

4.11 Gestione della documentazione

Nel marzo del 2018 è stata emanata una nuova procedura sulla gestione della documentazione redatta dalle diverse strutture aziendali (la PR034DIR02200 “Gestione dei documenti riguardanti il miglioramento delle prestazioni diagnostiche- terapeutiche – assistenziali”).

Tale procedura ha lo scopo di migliorare i documenti riguardanti le prestazioni diagnostico- terapeutiche assistenziali erogate dalle strutture aziendali, regolamentandone sia il percorso da effettuare per la loro emanazione (es: redazione, proposta, verifica di conformità, approvazione, revisione) sia la loro struttura redazionale relativamente all’impostazione del frontespizio (intestazione, logo, campi) e alla presenza di determinati paragrafi (es. oggetto, scopo, campo di applicazione, lista di distribuzione, descrizione delle attività).

I documenti regolamentati sono quelli emanati da tutte le configurazioni organizzative dell'ASP di Palermo, riguardanti le prestazioni diagnostico-terapeutiche- assistenziali esclusi:

- i documenti emanati soltanto ai fini medico-legali e/o di certificazioni/autorizzazioni/ controlli;
- i documenti relativi soltanto all'approvvigionamento di materiale e attrezzature es: presidi, ausili, beni di consumo.

Inoltre esulano da quanto previsto dalla procedura:

- i documenti emanati da strutture aziendali che hanno conseguito una certificazione di qualità da parte di enti esterni o quelli emanati ai fini dell'ottenimento di tali certificazioni.

I tipi di documenti previsti sono le *Procedure*, i *Protocolli clinici*, i *Percorsi diagnostici- terapeutici- assistenziali*, le *Istruzioni operative* e i *Regolamenti*.

La procedura PR034DIR02200 intende, quindi, disciplinare la gestione della documentazione di nuova emissione e la sua revisione in modo che ogni documento, tra quelli sopra contemplati, risponda agli stessi criteri in tutta l'Azienda sanitaria provinciale di Palermo.

In particolare, le procedure prima di essere sottoposte all'approvazione sono sottoposte a verifica di conformità.

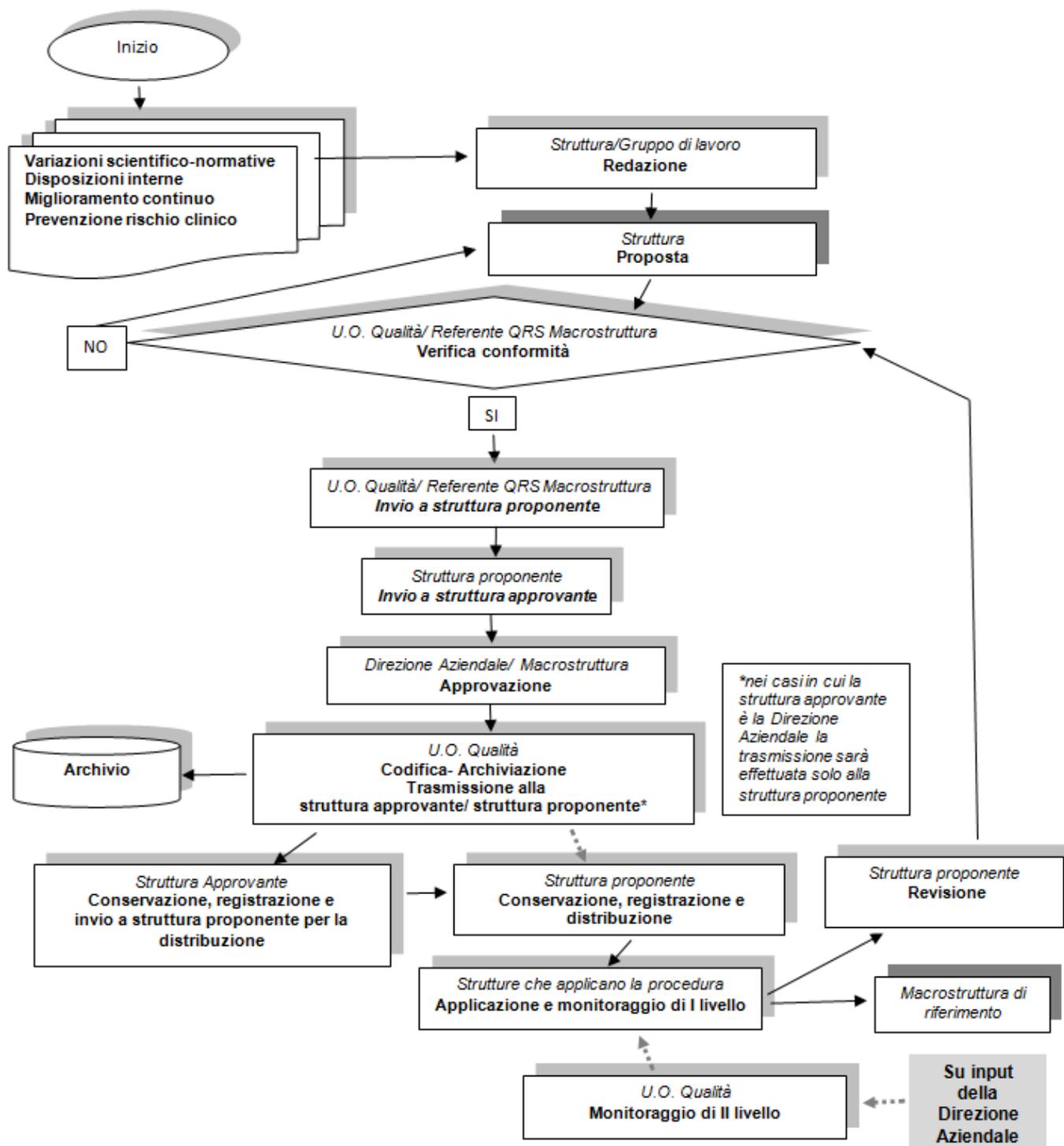
Tale verifica viene effettuata da parte dell'U.O. Qualità per le procedure il cui campo di applicazione è rappresentato da UU.OO. appartenenti a diverse Macrostrutture e da parte del referente qualità rischio clinico di Macrostruttura per le procedure il cui campo di applicazione è limitato a una sola Macrostruttura.

La verifica di conformità ha lo scopo di valutare i seguenti requisiti:

- aderenza alla struttura redazionale prevista: con la presenza degli elementi/campi e paragrafi previsti al par.7.1.1;
- chiarezza delle singole responsabilità per ogni attività del processo;
- coerenza tra scopo, attività descritte e criteri di monitoraggio previsti.

E' importante precisare che in tale fase non viene effettuato il processo di verifica relativo all'appropriatezza dei contenuti che invece ricade sul gruppo redazionale, sulla struttura che propone e sulla struttura che approva la procedura.

Tutto il processo di gestione delle procedure, descritto nella PR034DIR02200 a cui si rimanda, è sintetizzato nel diagramma di flusso riportato di seguito.



Nell'ambito del processo periodico di revisione delle procedure aziendali l'Unità Operativa Qualità ha individuato e coordinato un gruppo di lavoro misto ospedaliero e territoriale per la revisione della procedura "Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita" PR013DIR007 approvata dalla Direzione sanitaria il 16/10/2012.

Per l'elaborazione del nuovo documento è stata effettuata una disamina della letteratura esistente riguardante l'evento caduta nelle strutture sanitarie con particolare attenzione alla Raccomandazione ministeriale n. 13 relativa

“Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie” e alle procedure adottate in varie realtà sanitarie italiane. Sono stati presi in considerazione i vari strumenti esistenti per la valutazione del rischio di caduta e si è poi provveduto a produrre una apposita scheda che permettesse sia la rilevazione del rischio che l’identificazione dei provvedimenti mirati a ridurlo. Tale strumento elaborato dal gruppo di lavoro è stato poi sperimentato per la sua validazione in due Residenze sanitarie assistite e in due UU.OO. di degenza (geriatria e cardiologia) del P.O. G. F. Ingrassia. Considerato l’esito positivo di tale sperimentazione, la procedura è ormai in attesa di approvazione da parte della Direzione sanitaria aziendale.

L’Unità operativa Qualità ha avviato, anche per la procedura aziendale sul consenso informato (PR018DIR010 Prot. n.7016/DSA del 13/12/13), un gruppo di lavoro mirato alla sua revisione per l’adeguamento della stessa alla legge n. 219 del 22 dicembre 2017. Il gruppo di lavoro multidisciplinare è stato costituito, oltre che da componenti dell’U.O. Qualità, anche da altri medici di diverse discipline (geriatra, ginecologo, medico dell’U.O. Cure palliative, medico dell’U.O.C. di medicina legale). Successivamente, su iniziativa dell’Azienda ospedaliera Villa Sofia Cervello, è stato formato un gruppo di lavoro interaziendale della Provincia di Palermo, con lo scopo di redigere una linea di indirizzo comune, costituito, oltre che dall’ASP di Palermo, anche dai medici legali e dai referenti rischio clinico della citata Azienda ospedaliera Villa Sofia Cervello, dell’Azienda Ospedaliera Civico Di Cristina Benfratelli, dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone, dell’ISMETT e dall’Ospedale Buccheri La Ferla, e coordinato dalla Medicina Legale del Policlinico. Nel gruppo di lavoro aziendale sono emerse alcune criticità inerenti sia l’aspetto della nomina dell’amministratore di sostegno per la necessaria interfaccia con il tribunale, che la mancata coerenza esistente tra normativa regionale e nazionale in merito al consenso ai processi clinico-assistenziali ordinari. Quest’ultimo problema ha richiesto un chiarimento da parte dell’Assessorato alla Salute che non è ancora pervenuto.

4.12 Miglioramento della Qualità percepita dall’utente

La Qualità percepita dall’utente è regolamentata dal 2016 dalla Direttiva dell’Assessorato della Salute del 3 maggio 2016 “Monitoraggio delle Attività del Programma Valutazione della Qualità percepita dei Servizi erogati e della soddisfazione clienti dei servizi di ricovero e cura in ospedale, dei Servizi Day hospital e Day surgery e dei servizi diagnostici ambulatoriali”.

Tale programma, che ha previsto un piano di interviste annuali agli utenti degenti in ospedale e che hanno fruito dei servizi diagnostici e ambulatoriali, è stato individuato come obiettivo per i Direttori Generali delle Aziende sanitarie e inserito nell’Area 2 “Governare Clinico, Qualità e Sicurezza dei pazienti” del Piano attuativo nell’ambito degli obiettivi di Salute e funzionamento delle Aziende sanitarie siciliane 2016-2017.

L’Assessorato della Salute ha elaborato i risultati delle interviste e con la Direttiva del 20/12/2017 ha individuato i criteri per predisporre i piani di miglioramento per le risposte che esprimono maggiori criticità.

A tal fine l’ASP ha individuato un gruppo di lavoro, al quale partecipa l’U.O. Qualità, con il compito di predisporre un piano di azioni di miglioramento da assegnare da parte della Direzione Aziendale alle relative strutture.

4.13 Supporto al processo di budgeting

L’U.O. Qualità, nell’anno 2018, ha fornito un supporto tecnico-metodologico per l’individuazione di alcuni obiettivi budget per le strutture sanitarie in coerenza con le direttive regionali e nazionali.

I principali obiettivi individuati connessi con l’area della qualità sono:

- Applicazione Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 (GURS 18 dicembre 2015) “Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore” e Percorso diagnostico-terapeutico aziendale PD002DIR00 16/11/2016;
- Programma Nazionale Esiti:

1. Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dal ricovero;
 2. Proporzione di STEMI (Infarti Miocardici con Sopraslivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti;
 3. Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg;
 4. Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo);
- Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017);
 - Applicazione Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 (Suppl. ord. GURS n.54, 9 dicembre 2016) “Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva”;
 - Applicazione Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013 “Approvazione del programma regionale per l’implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico”.

4.14 Supporto all’individuazione degli obiettivi per gli specialisti ambulatoriali

L’U.O. Qualità, nell’anno 2018, ha fornito al Comitato di Programmazione e Valutazione Aziendale (CPVA) un supporto tecnico-metodologico per l’individuazione di alcuni obiettivi (progetti qualità e progetti finalizzati) per gli Specialisti Ambulatoriali in coerenza con gli Obiettivi Contrattuali di Salute e funzionamento dell’ASP e con i Decreti dell’Assessorato Salute Regione Sicilia.

Gli obiettivi proposti sono:

- Prescrizioni mensili effettuate con modalità de materializzata;
- Valutazione e gestione dei pazienti con Dolore Cronico (D.A. Salute 27/12/13 “Approvazione del programma regionale per l’implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico” - GURS - parte I n. 4 del 24-1-2014);
- Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale (FA) (D.A. Salute 28/04/17 Suppl. ord. n. 3 GURS parte I n. 20 del 12/05/17)
- Applicazione del percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (D.A. Salute 22/11/16 Suppl.ord. GURS n.54 del 9/12/16) .

4.15 Supporto al Progetto regionale “Umanizzazione delle strutture di ricovero”

Il progetto regionale “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero” inserito nella Ricerca autofinanziata 2015 promossa da Agenas ha previsto nell’anno 2017 la rilevazione nei Presidi Ospedalieri Aziendali della presenza di una serie di requisiti dell’area di umanizzazione.

La rilevazione degli item di tale check list è stata effettuata da un’equipe mista locale (individuata con la delibera aziendale n.225 del 10/04/17) composta da una componente aziendale (comprendente anche personale dell’U.O. Qualità) e componente civica.

Nell’anno 2018 l’Assessorato della Salute ha richiesto, con la nota DASOE/8 n. 33160 del 27/4/2018 e con l'allegato “Documento di indirizzo per la predisposizione ed il monitoraggio dei Piani di Miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero”, di predisporre un piano di miglioramento per gli item della check list che non risultavano pienamente soddisfatti. L’U.O. Qualità ha partecipato insieme all’equipe mista locale e ai Presidi Ospedalieri al percorso previsto dall’Assessorato che ha condotto all’identificazione degli item su cui predisporre i piani di miglioramento e successivamente alla approvazione di questi ultimi da parte della Direzione Aziendale e alla loro pubblicazione sul sito aziendale (www.asppalermo.org/pagina.asp?ID=485).

4.16 Audit sulla qualità dei dati Programma Nazionale Esiti 2017

A seguito di richiesta dell'Assessorato della salute relativa all'attivazione di audit per verificare la correttezza delle diagnosi delle cartelle cliniche relative ad alcuni indicatori del Programma Nazionale Esiti per i PP.OO. G.F. Ingrassia, Civico di Partinico, Madonna dell'Alto di Petralia sottana e Dei Bianchi di Corleone, l'Unità Operativa Qualità, unitamente all'UOC Coordinamento Staff Strategico, ha supportato e monitorato la realizzazione dell'audit da parte dei Presidi ospedalieri e ha inoltrato all'Assessorato le risultanze dell'audit congiuntamente a UOC Coordinamento Staff Strategico, UOC Ospedalità Pubblica e Direzione Sanitaria.

5. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- Decreto Assessorato della salute 27 dicembre 2013 “Programma per il corretto utilizzo della checklist di sala operatoria” (GURS parte I n.4 24/01/14)
- Procedura “Gestione dei documenti riguardanti il miglioramento delle prestazioni diagnostiche-terapeutiche-assistenziali” PR034DIR022-00 (Prot. ASP/15374 del 30/03/2018)
- <https://www.qualitasiciliassr.it/?q=node/44> Direttiva dell'Assessorato della Salute 3 maggio 2016 “Monitoraggio delle Attività del Programma Valutazione della Qualità percepita dei Servizi erogati e della soddisfazione clienti dei servizi di ricovero e cura in ospedale, dei Servizi Day hospital e Day surgery e dei servizi diagnostici ambulatoriali”
- Decreto Assessorato della salute n. 2525 19/11/2015 “Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore” (GURS 18 dicembre 2015)
- Decreto Assessorato della Salute 28 aprile 2017 “Applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione del rischio di ictus nel paziente con fibrillazione atriale” (Suppl. ord. n. 3 GURS p. I n. 20 12 maggio 2017)
- Decreto Assessorato Salute 22 novembre 2016 “Percorso assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva” (Suppl. ord. GURS n.54, 9 dicembre 2016)
- Decreto Assessorato Salute 27 dicembre 2013 “Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico” (GURS parte I n.4 24/01/14)
- Vincent CA, Burnett S, Carthey J. The measurement and monitoring of safety. The Health Foundation, 2013.
- “National Early Warning Score (NEWS) - linea guida regionale – Regione Toscana - 2014”
- National Patient Safety Foundation. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human. December 2015.
- Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) - Università degli Studi di Udine. La gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: standard minimo per le organizzazioni sanitarie. Iniziative sanitarie. Roma, 31 gennaio 2013.
- Nicastro O, La Porta PL, Basili V, Cinotti R. La gestione del rischio nelle aziende sanitarie: oggetto di attenzione e organizzazione nel contesto regionale dell'Emilia-Romagna, L'ospedale n.4/2009.
- Charles V. Sicurezza del paziente. Edizione italiana a cura di Tartaglia R, Albolino S, Bellandi T. Milano, Springer - Verlag Italia, 2012.
- World Health Organization, Working Paper Preliminary Version of Minimal Information Model for Patient Safety; Spring 2014.
- World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety; June 2007.
- World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Glossary of Patient Safety Concepts and References; January 2009.
- Ministero della Salute. Glossario. Disponibile



Relazione Qualità e Rischio Clinico 2018

Prot. n. 489/UOQ
Data 09 / 05 / 2019

Pagina 14 di 14

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=314&area=qualita&menu=sicurezza.

- Regione Emilia-Romagna - Agenzia sanitaria regionale. Glossario integrato “Gestione del rischio nelle strutture sanitarie”; 2004.
- Agenas. Progetto di Ricerca Corrente 2013 finanziato dal Ministero della salute ex artt. 12 e 12 bis, D. L.gs 502/92 e s.m.i. Relazione finale “Supporto alle regioni nello sviluppo e/o nel miglioramento del sistema di governance regionale del rischio clinico. Linkage”; 2016.