

**PIANO AZIENDALE
QUALITA' E RISCHIO
CLINICO**



DIREZIONE
Via Mazzini,1 91100 Trapani

Codice documento: PAQR

Data di emissione:30.09.2010

Data ultima revisione:

20.09.2014:

Pagina 1 di 58

PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO

2014 / 2015

**PIANO AZIENDALE
QUALITA' E RISCHIO
CLINICO**



DIREZIONE
Via Mazzini,1 91100 Trapani

Codice documento: PAQR
Data di emissione:30.09.2010
Data ultima revisione:
20.09.2014:
Pagina 2 di 58

<i>PREPARATO</i>	<i>VERIFICATO</i>	<i>APPROVATO</i>
<p><i>Direttore UOC Rischio Clinico</i> Dott.ssa Maria Carmela Riggio</p> <p><i>Responsabile UOS Sistema Qualità Aziendale</i> Dott.ssa Maria Anelli</p>	<p><i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Antonio Siracusa</p> <p><i>Responsabile Qualità Aziendale</i> Dott.ssa Maria Anelli</p>	<p><i>Direttore Generale</i> Dott. Fabrizio De Nicola</p>

<i>REV.</i>	<i>DATA</i>	<i>MOTIVO</i>
0	30.09.2011	PRIMA EMISSIONE
1	31.12.2011	REVISIONE ANNUALE
2	27.06.2012	REVISIONE PER INTEGRAZIONE OBIETTIVO PROGRAMMATICO AZIENDALE 2012 “MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PER IL CITTADINO” ALL. 001. PAQR
3	20.09.2014	REVISIONE PER NUOVO INSEDIAMENTO DIREZIONE STRATEGICA E PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ BIENNIO 2014/ 2015

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014:</p> <p>Pagina 3 di 58</p>
--	--	--

PIANO QUALITA'AZIENDALE

Presentazione

Il presente piano strategico per la qualità rappresenta uno strumento che disegna le linee di sviluppo dell'organizzazione nell'ottica del Total Quality Management.

L'idea guida che caratterizza questo piano è rappresentata dalla centralità del cittadino/cliente e dal perseguimento della sua soddisfazione attraverso il miglioramento continuo della qualità del servizio, della qualità tecnica delle prestazioni erogate, dell'efficienza organizzativa.

Nel piano vengono ricontestualizzate le iniziative già in essere ed esplicitati i criteri di definizione delle aree prioritarie d'intervento in completa integrazione con la Mission, la Vision e gli obiettivi aziendali.

LA POLITICA DELLA QUALITÀ

L'impegno prioritario che l'azienda intende perseguire è quello di implementare un Sistema Aziendale per la Qualità Totale. Infatti se è necessario che tutti gli operatori si attivino e vengano coinvolti nel processo di miglioramento continuo della qualità, è anche necessario che sia elaborata una strategia globale definita a livello di top management che abbia il compito precipuo di organizzare e coordinare le attività di miglioramento della qualità.

I progetti che verranno condotti nel corso del 2014/2015 trovano la loro giustificazione nella duplice esigenza di dare da una parte la necessaria continuità a quelle specifiche iniziative che nel corso degli anni passati hanno avuto modo di consolidarsi, dall'altra di dare una risposta alle esigenze che i nuovi dettami normativi hanno posto in evidenza.

Questo duplice carattere di continuità e nel contempo di innovazione si manifesta operativamente in una articolazione progettuale attraverso la quale l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani si vuole porre come punto di riferimento nel campo della prevenzione, diagnosi, cura ed assistenza territoriale ed ospedaliera all'interno della provincia di Trapani.

<p align="center">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p align="center">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 4 di 58</p>
---	---	---

I programmi prioritari per la valutazione e il miglioramento della qualità individuati dalla Direzione Aziendale hanno lo scopo di migliorare uno o più dei seguenti aspetti della qualità delle prestazioni sanitarie:

- qualità professionale;
- qualità organizzativa;
- qualità percepita.

Nella tabella 1 sono elencati i programmi per la qualità e i rispettivi aspetti della qualità che si intendono migliorare a partire dal 2012

Tabella 1: Programmi per la qualità

Programmi	Qualità professionale	Qualità organizzativa	Qualità percepita
Risk Management	✓	✓	
Accreditamento istituzionale		✓	
Customer satisfaction		✓	✓
Evidence-based Medicine	✓		
Formazione	✓		✓
Accreditamento Eccellenza (Certificazione ISO; EFQM, Joint Commission...)	✓	✓	✓

L'Azienda ritiene indispensabile, come mezzo per la realizzazione di questi principi, l'implementazione di un sistema qualità diffuso a tutti i livelli organizzativi.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 5 di 58</p>
--	--	--

La Direzione identifica nella sua politica della qualità quattro **aree di azione prioritarie**:

1. Organizzazione

- Generare trasparenza diffusa degli atti
- Ridurre i costi della non qualità, recuperare produttività
- Favorire il miglioramento della qualità della gestione sia in termini di efficienza che di efficacia.
- Ottimizzare l'utilizzo delle risorse
- Sviluppare le risorse umane in coerenza con il sistema organizzativo.
- Migliorare in modo continuo il sistema della comunicazione interna ed esterna
- Gestire lo sviluppo delle strutture nel rispetto dei requisiti ambientali e della collettività.

2. Rapporto con il cliente /utente interno ed esterno

- Sostenere una politica di umanizzazione della struttura ad ogni livello mirando ad abbattere le differenze fra la qualità della vita esterna e quella interna all'organizzazione.
- Orientare i comportamenti degli operatori all'attenzione continua alla persona.
- Garantire la soddisfazione dei bisogni dell'utente/cliente sia interno che esterno sia esso singola persona che istituzione
- Mantenere un dialogo costante con l'utente e le associazioni che lo rappresentano

3. Attività

- Avere sotto controllo e migliorare in modo continuo e progressivo tutti i processi
- Definire standard professionali di elevato valore tecnico
- Prevenire ed eliminare le cause di errore e gli eventi a rischio.
- Garantire l'appropriatezza e l'efficacia dei comportamenti
- Assicurare appropriati livelli di sicurezza per i clienti e gli operatori.
- Stabilire un sistema di misurazione continua della qualità a livello di processo, struttura, esito, soddisfazione dell'utenza, costi.
- Promuovere una pratica medica basata su criteri di efficacia ed appropriatezza.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 6 di 58</p>
--	--	--

4. Miglioramento ed Innovazione tecnologica

- Operare per la costante ricerca di aree di eccellenza
- Garantire la formazione permanente del personale.
- Sviluppare le competenze in rapporto ai bisogni.
- Mantenere il livello della tecnologia al passo con le innovazioni documentate e approvate dalla comunità scientifica.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 7 di 58</p>
--	--	--

LE SCELTE AZIENDALI: UNA STRATEGIA PER LA QUALITÀ

Una tappa fondamentale nella creazione del sistema qualità è la **descrizione della struttura dei processi aziendali**, con l'identificazione di quelli strategici e di quelli critici.

L'obiettivo è avere sotto controllo e migliorare in modo continuo e progressivo la catena delle attività che compongono i processi, intendendo come vero management la prevenzione e la eliminazione delle cause di errore e di disturbo.

L'azione sui processi è intesa sia in senso verticale (lungo la linea di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi) che trasversale (lungo la catena delle attività di supporto). Questa strategia è volta a:

- identificare ed eliminare i costi della non qualità
- definire le competenze e i livelli di performance richiesti nelle singole funzioni e ruoli
- rilevare le criticità
- studiare interventi migliorativi
- identificare obiettivi e stabilirne il grado di priorità
- identificare strumenti di misurazione
- porre le basi per esercitare un controllo sulla produzione degli esiti
- fornire gli strumenti di comprensione della comprensione (outcome)
- identificare quali siano gli eventi che impediscano il raggiungimento di obiettivi e standard attesi.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA PER LA PROGETTAZIONE, L'IMPLEMENTAZIONE E LA GESTIONE DEL SISTEMA QUALITÀ

Il progetto prevede la costruzione di un sistema articolato a più livelli con la creazione di gruppi di miglioramento, trasversali su tutta l'azienda.

Ogni azione, procedura, progetto che prenda l'avvio in Azienda dovrà essere conforme al sistema qualità aziendale, così come dovrà esserlo tutto l'apparato documentale.

La struttura operativa del sistema qualità avrà il compito di verificare questa conformità.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 8 di 58</p>
--	--	--

◇ **La Direzione Strategica**

Responsabile della politica della qualità Aziendale, con il supporto tecnico del Responsabile Qualità Aziendale, stabilisce gli indirizzi, gli obiettivi, gli orientamenti, le priorità conformemente alla mission aziendale nell'ambito della progettazione e gestione del sistema qualità .

◇ **L' U.O. Sistema Qualità Aziendale**

Mission : promuovere, sviluppare e supportare la qualità nei processi aziendali, perseguendone il miglioramento continuo.

Vision: fornire il supporto metodologico alla Direzione e a tutte le articolazioni organizzative per l'adozione di un approccio strutturato alla promozione e allo sviluppo della qualità orientando il governo clinico (governo dei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie) e il governo economico in una visione sistemica.

Le attività istituzionali espletate

All'U.O. Sistema Qualità aziendale sono attribuiti i seguenti compiti:

- ✓ Supportare la Direzione nella definizione delle politiche e del piano aziendale per la qualità.
- ✓ Promuovere, in modo sistematico e permanente, la qualità delle prestazioni e dei servizi, al fine di migliorare i livelli di salute ed il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza, in un contesto di sicurezza, partecipazione e responsabilità condivisa, attraverso le politiche di governo clinico.
- ✓ Contribuire a sviluppare un contesto aziendale motivato ed orientato verso il miglioramento continuo della qualità tramite un approccio che metta in relazione ed integri gli aspetti clinici, gestionali ed economici, nonché quelli della ricerca e dello sviluppo, della sicurezza dei pazienti e degli operatori, dell'informazione e della valutazione delle tecnologie sanitarie, della formazione continua.
- ✓ Collaborare con gli uffici preposti allo sviluppo di strumenti per acquisire in via sistematica informazioni sul grado di soddisfazione dell'utente-cliente.
- ✓ Supportare l'identificazione e l'attuazione dei percorsi di qualità per tutte le aree di attività aziendali (sanitaria, tecnico-amministrativa).
- ✓ Supportare le diverse articolazioni aziendali nell'impianto e nello sviluppo dei programmi di miglioramento qualitativo attraverso un approccio multi-disciplinare di sistema che comprenda i pazienti, i professionisti e l'organizzazione.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p>DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 9 di 58</p>
--	--	--

- ✓ Effettuare la supervisione nella implementazione dei processi di accreditamento e di certificazione.
- ✓ Operare in sinergia con i responsabili delle UU.OO. semplici e complesse, avvalendosi di referenti distrettuali, gruppi di progetto, circoli della qualità.
- ✓ Fornire indicazioni sui sistemi premianti orientati alla qualità .
- ✓ Collaborare con la funzione permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti e delle cure, in particolare nella predisposizione del piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico e per l'implementazione delle buone pratiche.
- ✓ Recepire le esigenze di formazione a livello aziendale per sviluppare piani di formazione per la qualità, in collaborazione con l'UOS Formazione aziendale.

Servizi erogati

Le attività dell'Ufficio Qualità si esprimono attraverso quattro categorie di processi

- Progettazione e sviluppo
- Gestione
- Erogazione di servizi
- Analisi dati

Nello specifico le prestazioni erogate risultano le seguenti:

- ✓ sistema qualità aziendale (Apparato documentale del SQ , verifiche ispettive del SQ, ecc)
- ✓ modulistica e reportistica specifica
- ✓ procedure, linee guida percorsi diagnostico terapeutici strumenti di valutazione della qualità professionale
- ✓ regolamenti e dispositivi di governo del SQ
- ✓ indagini conoscitive
- ✓ sistemi di misurazione e monitoraggio
- ✓ azioni di miglioramento
- ✓ percorsi formativi nel campo della qualità
- ✓ rapporti con enti, istituzioni, organizzazioni, società esterni
- ✓ consulenze a tutte le UU.OO. aziendali per la progettazione e gestione di interventi nel campo della qualità
- ✓ didattica interna all'azienda

I processi e le attività dell'Ufficio vengono svolte nel rispetto delle indicazioni date dalla normativa di riferimento, dalle indicazioni regionali, dagli obiettivi aziendali e secondo le modalità espresse in specifiche procedure del sistema qualità.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 10 di 58</p>
--	--	---

L'ARTICOLAZIONE OPERATIVA PERIFERICA del Sistema Qualità Aziendale è costituita da:

◇ **Rete di referenti qualità**

Individuati e formalizzati dalla Direzione strategica su proposta dei responsabili di struttura e approvazione del responsabile qualità assumono il compito di sostenere la partecipazione ai programmi e ai progetti per la qualità attivati presso la propria struttura; utilizzare la metodologia TQM e promuoverne l'applicazione nel proprio ambito lavorativo

◇ **I Gruppi di Miglioramento**

(comitati o gruppi di lavoro settoriali)

Individuati e formalizzati dal Responsabile della Qualità su delega ricevuta dalla Direzione Strategica, sono composti da personale operativo, volontario, appartenente a diverse UU.OO. o servizi. Il gruppo si riunisce periodicamente coordinato da un referente organizzativo; al suo interno vengono affidati ruoli e compiti precisi, stabiliti i tempi di lavoro e le modalità delle verifiche.

◇ **Task forces o gruppi ad hoc**

Costituiti su progetti di miglioramento definiti; sono individuati ed attivati dall'Ufficio Qualità Aziendale, hanno durata limitata per il tempo di realizzazione del singolo progetto.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 11 di 58</p>
--	--	---

PRIORITÀ DI INTERVENTO PER IL BIENNIO 2014 / 2015

Sono stati identificati e selezionati come prioritari i seguenti programmi:

- Programma **“Sistema regionale di valutazione della qualità percepita”**.
- Implementazione del programma **“Audit Civico”** in collaborazione con cittadinanza attiva/tribunale per i diritti del malato.
- “Progetti di miglioramento organizzativo: **la valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino**” (Sistema Obiettivi del Direttore Generale, anno 2014/2015)
- Implementazione del **Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico**, in linea con quanto definito dalla Regione Sicilia in merito alla realizzazione di interventi mirati al contenimento degli eventi avversi nelle strutture sanitarie, parte integrante del presente Piano Qualità aziendale.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> <p>DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 12 di 58</p>
--	--	---

“SISTEMA REGIONALE DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA”

Report ANNO 2013

Descrizione del contesto

L'ASP di Trapani ha dato continuità alla raccolta sistematica della valutazione della qualità percepita dal mese di gennaio al mese di dicembre 2013 nei Presidi Ospedalieri di Trapani, Marsala, Castelvetrano, Alcamo, Salemi, Pantelleria sia dei ricoverati che degli ambulatoriali.

La somministrazione è stata avviata inoltre presso tutti i Distretti territoriali della Provincia, nello specifico:

Distretto di Trapani (PTA di Trapani, Poliambulatorio di Valderice, Poliambulatorio di Paceco)

Distretto di Marsala (poliambulatorio di Marsala, Poliambulatorio di Petrosino)

Distretto di Castelvetrano (poliambulatorio di Castelvetrano, poliambulatorio di Partanna,)

Distretto di Alcamo (poliambulatori di Alcamo, Castellammare del golfo, Calatafimi)

Distretto di Pantelleria (PTA)

Distretto di Mazara del Vallo (poliambulatorio di Mazara, PTA di Salemi).

Il processo di monitoraggio della qualità percepita, è stato caratterizzato dalle seguenti attività:

Periodicità della rilevazione

Dal mese di gennaio al mese di agosto 2013 la rilevazione è stata effettuata mensilmente, utilizzando come criterio il campionamento casuale su periodo finestra, con somministrazione mensile di almeno il 15% dei questionari rispetto ai dati di attività riferiti all'anno precedente per gli utenti ricoverati. Per gli utenti ambulatoriali, sia ospedalieri che territoriali, è stata effettuata una somministrazione mensile dei questionari pari ad almeno il 2%, rispetto ai dati di attività riferiti all'anno precedente.

Dal mese di settembre al mese di dicembre, per tutte le articolazioni organizzative coinvolte nella rilevazione, la somministrazione dei questionari di gradimento ha rappresentato obiettivo di budget per l'anno 2014. E' stato escluso il P.O. di Pantelleria per motivi di carattere organizzativo. Per gli utenti ricoverati la rilevazione è stata effettuata mensilmente, con somministrazione di almeno l'80% dei questionari rispetto ai dati di attività riferiti all'anno precedente. Per gli utenti ambulatoriali ospedalieri, pur non costituendo obiettivo strategico, si è cercato di somministrare il questionario ad una maggiore percentuale di utenti, mantenendo lo standard minimo del 2%.

Per gli utenti ambulatoriali che accedono ai servizi territoriali è stata effettuata una somministrazione mensile dei questionari pari ad almeno il 50% rispetto ai dati di attività riferiti all'anno precedente.

Oggetto della rilevazione

Sono state escluse le terapie intensive, i pronto soccorso, i SPDC e i reparti dove si effettua DH/DS, in quanto il questionario non si adatta alla tipologia d'utenza relativa a tali reparti.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 13 di 58</p>
--	--	---

Per ciò che attiene al questionario sulle prestazioni diagnostiche ed ambulatoriali, la rilevazione ha coinvolto tutti gli ambulatori e le specialistiche all'interno dei presidi ospedalieri e tutte le strutture ambulatoriali del territorio che erogano prestazioni specialistiche (sono stati esclusi : Consultori e salute mentale. Nello specifico sia la Salute Mentale che il Servizio di Psicologia hanno costruito uno strumento di rilevazione specifico ed hanno avviato in fase sperimentale la rilevazione)

Modalità di consegna

- a) Modalità adottate per consegnare il questionario : in ambulatorio dopo la prestazione. In ricovero alla dimissione.
- b) Chi consegna il questionario: in relazione all' articolazione organizzativa si è definito con la rete di referenti aziendali l' utilizzo di modalità diversificate finalizzate ad un controllo del percorso e al raggiungimento dell' obiettivo.
Pertanto nei presidi ospedalieri, per i ricoverati, la consegna del questionario viene fatta dai capo sala o da persona delegata; per gli ambulatori ospedalieri da personale infermieristico o referenti URP/qualita'. Negli ambulatori territoriali la somministrazione viene effettuata dai coordinatori infermieristici o da personale infermieristico o da referenti URP/qualita'.
- c) e' stata adottata quale modalità per verificare in itinere i problemi riscontrati nella consegna del questionario il focus group e l' audit.

Modalità di somministrazione

Prevalentemente autosomministrati. Solo in alcuni casi somministrati da personale addetto.
Si è definito che la somministrazione da parte di personale addetto va effettuata solo su richiesta dell'utente (es. anziani, persone con difficoltà fisiche)

Modalità di restituzione

A seconda delle strutture e/o in relazione alla tipologia di somministrazione le modalità risultano le seguenti: cassette di raccolta o consegna del questionario in busta chiusa a personale addetto, sempre al termine della prestazione o in fase di dimissione.

Modalità di raccolta

Le modalità di raccolta dei questionari avvengono mensilmente tramite personale addetto.

Modalità di elaborazione dati e reporting

- a) Sono stati identificati nella rete URP/Qualità i responsabili dell'elaborazione dei dati e i soggetti addetti al data entry
- c) Sono state definite le modalità di reporting aziendale ed è stata prevista una modalità strutturata di analisi dei dati e comunicazione dei risultati al management e ai responsabili delle UU.OO. coinvolte nel programma al fine di definire adeguati piani di miglioramento.
Gli esiti dei questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura in ospedale e dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici ed ambulatoriali dell'intera ASP sono pubblicati annualmente sul sito web aziendale.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 14 di 58</p>
--	--	---

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Report esaustivo dell'indagine è parte integrante e allegato al presente piano e pubblicato sul sito istituzionale www.asptrapani.it.

Di seguito si delineano i percorsi di miglioramento redatti a partire dalle criticità rilevate.

1. ACCOGLIENZA e INFORMAZIONI ALLA DIMISSIONE nei Presidi Ospedalieri dell'ASP

- **Descrizione azione di miglioramento:**

Monitoraggio protocollo sulla qualità progettata nel ricovero a ciclo continuativo ordinario.

L' Azienda ha stabilito che tutti i pazienti al momento del ricovero in ospedale vengono accolti secondo un protocollo scritto di comportamento. Come da protocollo, l'operatore informa il paziente e/o i familiari o accompagnatori sui regolamenti della Unità Operativa, sull'orario di visita dei familiari e le linee di condotta, sull'orario di distribuzione dei pasti, sul funzionamento delle attrezzature in dotazione, gli orari e le modalità per ricevere informazioni dal medico. I pazienti vengono informati dei propri diritti in maniera ad essi comprensibile e contestualmente delle norme comportamentali e dei doveri da rispettare all'interno dell'ospedale.

Si interverrà pertanto sulla verifica della applicazione del protocollo aziendale, in particolare sulla dimensione "disponibilità all'ascolto" e "informazioni alla dimissione", sebbene gli audit effettuati nel corso del 2013 evidenziano la difficoltà degli operatori a dedicare spazio e tempo adeguato alle aspettative dell'utente, causa la oggettiva carenza delle risorse umane nelle diverse articolazioni organizzative aziendali.

Professionista responsabile

Tutti i Direttori delle U.O. dei vari Presidi Ospedalieri dell'ASP

Tempi di attuazione : 6 mesi

Obiettivo : Favorire l' accoglienza dell'utente all'interno dei reparti di degenza garantendo, nella relazione operatore/utente, :

- ✓ **professionalità e competenza**
- ✓ **chiarezza nell'informazione**
- ✓ **disponibilità all'ascolto**

<p align="center">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p align="center">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 15 di 58</p>
---	---	--

Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo:

Indicatore	1) Applicazione protocollo aziendale accoglienza	2) Valutazione complessiva del servizio nell'area "ascolto" e "informazione alla dimissione"
Aspetto verificato	Conformità al percorso descritto dal protocollo	Soddisfazione dell'utente
Modalità di rilevazione	Audit interno	Questionario utenza Domande D3b); D3e)
Metodo di calcolo	Numero fasi del percorso conformi/totale delle fasi previste dal protocollo *100	Numero risposte con valori Suff./buono (area ascolto e informazione) / N° risposte totali (area accoglienza) * 100
Valore obiettivo	> 60%	> =90%

Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:
semestrale

2. ASPETTI ALBERGHIERI: VITTO nei Presidi Ospedalieri dell'ASP

Premessa

Il servizio di ristorazione nell'ASP di Trapani è un servizio esternalizzato che vede interfacciarsi responsabilità che attengono alle ditte fornitrici e responsabilità dell'azienda. Il programma di miglioramento vede pertanto come prima attività l'analisi del processo e la individuazione dei punti critici nel percorso che va dall'arrivo del pasto nei punti di accettazione dei vari presidi, alla consegna del vitto all'utente in conformità alla procedura aziendale sul vitto.

**PIANO AZIENDALE
QUALITA' E RISCHIO
CLINICO**



DIREZIONE
Via Mazzini,1 91100 Trapani

Codice documento: PAQR

Data di emissione:30.09.2010

Data ultima revisione:

20.09.2014:

Pagina 16 di 58

Descrizione azione di miglioramento

Si darà continuità al percorso intrapreso nel corso del 2013, ottimizzando le modalità di prenotazione al fine di assicurare una organizzazione in grado di garantire la conformità tra i pasti richiesti dalle Unità Operative e i pasti consegnati. Verranno attenzionati gli eventuali punti critici nel percorso che va dall'arrivo del pasto nei vari punti di accettazione alla consegna. Verranno ulteriormente attivate azioni di verifica da parte delle Commissioni Vitto, come da competenze istituzionali, in funzione del giudizio espresso dall'utenza sul gradimento del vitto.

Professionista responsabile: Facility Management, Direzioni Sanitarie di Presidio, Commissioni vitto

Tempi di attuazione: 6 mesi

Obiettivo: migliorare il gradimento dell'utente sul vitto ospedaliero ottimizzando la personalizzazione del menù intervenendo sulla organizzazione in funzione dei bisogni dell'utente.

Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo

Indicatore	Valutazione complessiva del servizio nell'area "vitto"
Aspetto verificato	Soddisfazione dell'utente nell'area "vitto"
Modalità di rilevazione	Questionario Domande D5g); D5i
Metodo di calcolo	Numero risposte con valori Suff./buono (area vitto)/ N° risposte totali (area vitto) * 100
Valore obiettivo	> = 80%

Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:
semestrale

**PIANO AZIENDALE
QUALITA' E RISCHIO
CLINICO**



DIREZIONE
Via Mazzini,1 91100 Trapani

Codice documento: PAQR
Data di emissione:30.09.2010
Data ultima revisione:
20.09.2014:
Pagina 17 di 58

3. TEMPI DI ATTESA TRA LA PRENOTAZIONE E LA PRESTAZIONE DIAGNOSTICA E AMBULATORIALE nei Presidi Ospedalieri e nei Distretti dell'ASP

Descrizione azione di miglioramento

L'azienda si è particolarmente impegnata, nel corso del 2013, per la riduzione delle liste di attesa, anche con la piena aderenza alle campagne di monitoraggio ministeriali. Nel corso del 2014 si cercherà di incidere ulteriormente sulla riduzione delle liste di attesa soprattutto in quelle prestazioni con maggiori criticità attraverso: il potenziamento dell'offerta, l'inserimento degli specialisti convenzionati che erogano prestazioni critiche nel CUP unico provinciale, il coinvolgimento degli specialisti convenzionati esterni. Di fatto si è passati da un indice di soddisfazione del 58% per il 2012 ad un indice di soddisfazione del 71% per il 2013.

Professionista responsabile; Direttori di Presidio/Distretto; Responsabile CUP

Tempi di attuazione : 6 mesi

Obiettivo: Migliorare l' accesso alle prestazioni in tempi congrui con i bisogni di salute

Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo

Indicatore	Valutazione complessiva del servizio nell'area tempi di attesa
Aspetto verificato	Soddisfazione dell'utente nell'area "tempi di attesa"
Modalità di rilevazione	Questionario Domanda D8
Metodo di calcolo	Numero risposte con valori "adeguato" (area tempi d'attesa)/ N° risposte totali (area tempi d'attesa) * 100
Valore obiettivo	> = 70%

Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi:
semestrale

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p>DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 18 di 58</p>
--	--	---

4 INFORMAZIONE ED ACCOGLIENZA NEI DISTRETTI DELL'ASP

Descrizione azione di miglioramento:

APPLICAZIONE PROTOCOLLO SULLA QUALITÀ' PROGETTATA NEI SERVIZI DIAGNOSTICI ED AMBULATORIALI.

L'Azienda ha stabilito che tutti i pazienti che usufruiscono di prestazioni ambulatoriali e specialistiche vengono accolti secondo un protocollo scritto di comportamento. Si interverrà pertanto monitoraggio della applicazione del protocollo aziendale a supporto dei processi di accettazione e presa in carico dei pazienti ambulatoriali in tutti i Distretti dell'ASP.

Infatti, come nei percorsi di ricovero, anche nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali l'accoglienza rappresenta un nodo cruciale per instaurare un rapporto di fiducia nei confronti dell'azienda che necessita di essere supportato da una adeguata comunicazione e relazione positiva tra i professionisti e gli utenti.

- **Responsabilità:** Direttori di Distretto, Direttori di Presidio, Direttori UU.OO, Personale medico ed infermieristico.
- **Obiettivo**
 - Favorire l'accoglienza del cittadino utente;
 - Migliorare la comunicazione tra azienda e cittadini, attraverso una corretta informazione
 - Garantire la presa in carico del paziente ambulatoriale

Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo

Indicatore	1) Applicazione protocollo aziendale accoglienza	2) Valutazione complessiva del servizio nell'area "Accoglienza"
Aspetto verificato	Conformità alla check list descritta dal protocollo	Soddisfazione dell'utente nell'area "Accoglienza"
Modalità di rilevazione	Audit interno	Questionario utenza
Metodo di calcolo	Numero fasi del percorso conformi/totale delle fasi previste dal protocollo *100	Numero risposte con valori Suff./buono (area accoglienza) / N° risposte totali (area accoglienza) * 100
Valore obiettivo	> 60%	=> 80%

Periodicità della misurazione degli indicatori adottati per il raggiungimento degli obiettivi: annuale

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 19 di 58</p>
--	--	---

“PROGETTO AUDIT CIVICO”

In applicazione della Linea progettuale 10.2 “Implementazione di programmi coordinati di Audit Civico”, individuata nell’ambito dei **Progetti obiettivo di Piano Sanitario Nazionale** - Intesa Stato Regione del 20/04/2011, n. 84/CSR, giusto D.A. n. 1148 del 20/06/2011, ed in esecuzione della relativa convenzione sottoscritta con Cittadinanzattiva Sicilia Onlus, è stata prevista, giusta nota prot./Area int.2/n. 49683 del 11/06/2013, la realizzazione dell’Audit Civico nei servizi territoriali preposti all’attività di ADI (assistenza domiciliare integrata) e nei PTA (presidi territoriali di assistenza).

La metodologia dell’Audit civico prevede che la valutazione sia realizzata da équipe miste composte da operatori sanitari e cittadini.

La nostra Azienda ha aderito al Progetto Regionale di Audit civico ed ha individuato i componenti dell’équipe aziendale e civica, appositamente formati per la rilevazione dei dati, già nel corso del 2013.

Entro il 2014, concluse le rilevazioni, verrà restituito da parte del Comitato Regionale Audit Civico (come da cronoprogramma regionale). report contenente l’analisi dei dati Tale rapporto costituirà un momento di riflessione collettiva sul percorso svolto e risulterà propedeutica alla redazione di eventuali percorsi di miglioramento in seguito ad attività di benchmarking tra tutte le aziende della regione.

Il Rapporto Regionale Audit Civico Sicilia verrà reso pubblico con un evento istituzionale, organizzato da Cittadinanzattiva Sicilia in collaborazione con la Regione Siciliana, alla presenza di interlocutori istituzionali di livello regionale e locale, rappresentati della società civile e del mondo del terzo settore, per contribuire al dibattito sul ruolo dei cittadini nella governance locale.

**PIANO AZIENDALE
QUALITÀ E RISCHIO
CLINICO**



DIREZIONE
Via Mazzini,1 91100 Trapani

Codice documento: PAQR
Data di emissione:30.09.2010
Data ultima revisione:
20.09.2014:
Pagina 20 di 58

**”PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO: LA VALUTAZIONE DELLA
QUALITÀ DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE SECONDO LA PROSPETTIVA DEL
CITTADINO”**

(Sistema Obiettivi del Direttore Generale, anno 2014/2015)

In ottemperanza alla Ricerca corrente 2012 “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino”, promossa dall’Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (Agenas), la Regione Siciliana ha aderito alla ricerca citata in oggetto con l’obiettivo di realizzare una valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero con il supporto dell’Agenzia di valutazione civica “Cittadinanzattiva Onlus”.

La nostra Azienda ha aderito al Progetto Regionale e, secondo la metodologia dell’Audit civico, ha già individuato i componenti dell’équipe aziendale, appositamente formati per la rilevazione dei dati, che insieme alla equipe civica condurranno la rilevazione.

Su indicazione del gruppo paritetico regionale che coordina le attività dell’Audit, la rilevazione riguarderà i presidi ospedalieri dell’ASP di Trapani.

Poiche’ le UU.OO. coinvolte nella rilevazione risultano essere:

Chirurgia Generale, Medicina Generale, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Oncologia, Anestesia e Rianimazione, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura,

La valutazione verrà condotta nei Presidi ospedalieri di Trapani, Marsala e Castelvetro essendo i rimanenti (Alcamo, Salemi, Pantelleria) sprovvisti della maggior parte delle UU.OO. oggetto della rilevazione.

La rilevazione verrà condotta nel corso del 2014. Nel 2015, sulla base dei risultati emersi verrà prodotto report sulle azioni da implementare per la correzione di eventuali criticità rilevate.

**PIANO AZIENDALE
QUALITA' E RISCHIO
CLINICO**



DIREZIONE
Via Mazzini,1 91100 Trapani

Codice documento: PAQR
Data di emissione:30.09.2010
Data ultima revisione:
20.09.2014:
Pagina 21 di 58

PIANO AZIENDALE

PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 22 di 58</p>
--	--	--

Presentazione

Il presente Piano è rivolto alla garanzia della Qualità Clinica e vuole introdurre nella cultura e nella pratica dell'organizzazione e dei suoi operatori l'attenzione all'efficacia ed all'appropriatezza delle prestazioni ed alla verifica dei risultati.

Vuole ottenere che l'utilizzo di strumenti che supportano la qualità clinica, in primo luogo l'Audit e gli strumenti di gestione del rischio, siano di uso sistematico e continuativo in tutti i dipartimenti dell'azienda.

Il progetto nasce nell'ottica del governo clinico.

Il governo clinico di un sistema sanitario, come strategia gestionale, intende rendere ogni azione (clinica, economico/finanziaria, gestionale) coerente e finalizzata alla qualità dell'assistenza ed al suo miglioramento, vuole inoltre mettere in grado l'organizzazione di evolvere, sviluppando meccanismi di feed-back, che le permettano di apprendere continuamente dalle proprie esperienze .

Il percorso prevede molteplici interventi, il suo punto di forza è l'ottica sistemica propria del governo clinico e l'impegno a rendere sistematico e costante l'utilizzo di strumenti di garanzia della qualità clinica (Audit, Linee guida, strumenti per la gestione del rischio...).

STRATEGIA E POLITICA AZIENDALE

In ottemperanza a quanto stabilito dalla normativa cogente nazionale e regionale, l'azienda Sanitaria Provinciale di Trapani ha dato continuità all'attività di risk management pianificando percorsi di implementazione integrati nell'ottica sistemica propria del governo clinico, impegnandosi a rendere sistematico e costante l'utilizzo di strumenti di garanzia della qualità clinica.

La strategia definita dalla direzione aziendale si rifà alla necessità di passare da un sistema che gestisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che gestisce i rischi cioè il passaggio da un sistema unicamente reattivo ad un sistema pro-attivo (l'analisi dei processi quale strumento per la mappatura dei pericoli e dei rischi) e preventivo.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 23 di 58</p>
--	--	--

Il contributo delle diverse discipline professionali e il coinvolgimento dei diversi livelli organizzativi e gestionali sta alla base della corretta politica da perseguire. Questo tipo di approccio getta le basi per una reale integrazione del risk management con gli altri sistemi gestionali presenti.

Questa decisione nasce anche da una consapevolezza che si fonda sulla Mission e sulla Vision aziendale e alla luce del progetto regionale “Programma di Valutazione delle Aziende Sanitarie secondo i criteri di Joint Commission International (JCI)”.

La concretizzazione di questa visione strategica si può realizzare se viene definita una politica chiara ed illuminata che si basa su valori fondamentali quali:

- la trasparenza;
- la collaborazione fra operatori;
- la comunicazione con il paziente e il personale;
- l’impegno per il miglioramento continuo della qualità;
- la disponibilità a mettere in discussione le proprie convinzioni e il proprio operato.

MISSION E VISION

Mission: promuovere il governo clinico quale processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie e della salvaguardia di alti standard sanitari, del miglioramento delle performance professionali del personale e per garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata anche sull'apprendere dall'errore.

Vision: si concretizza nei seguenti obiettivi:

definire un programma di governo clinico che all’interno dei dipartimenti coniughi la qualità clinica con la qualità organizzativa attraverso la costruzione di standard di prodotto e una gestione integrata del rischio.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 24 di 58</p>
--	--	---

L'impegno sulla gestione del rischio consentirà di innalzare i livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza e delle prestazioni sanitarie, attraverso la prevenzione, la formazione e la promozione di azioni finalizzate a contenere i rischi.

Il supporto da parte della direzione, attraverso gli uffici di staff, per lo sviluppo di programmi di governo clinico garantisce percorsi di valutazione e di verifica dell'efficacia dei risultati e dell'efficienza nell'uso delle risorse.

La gestione del governo economico-finanziario, parte importante del governo clinico, è tesa a sviluppare sinergie tra i servizi amministrativi e tecnici ed i servizi clinici.

OBIETTIVI GENERALI

Gli obiettivi generali che sono stati declinati dalla strategia e dalla politica intraprese per la gestione del rischio sono:

- aumentare la sicurezza e la soddisfazione del paziente;
- aumentare la sicurezza di tutti gli operatori sanitari e non;
- ridurre le possibilità di contenzioso tra il paziente e l'azienda ospedaliera;
- dare sostegno all'attività professionale di tutti gli operatori;
- migliorare l'immagine dell'ospedale e la fiducia del paziente.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 25 di 58</p>
--	--	---

STRUTTURA DEL SISTEMA

Il percorso prevede molteplici interventi e vede coinvolti

- Una Struttura Complessa, quale funzione permanente dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti e delle cure la cui attività, inclusi il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, si integra perfettamente col "sistema qualità aziendale".
- Un Referente Infermieristico Aziendale
- Una Rete di Referenti Infermieristici dei Presidi Ospedalieri
- Un Comitato aziendale per il rischio clinico (D. A. n° 6361 del 5/10/2005) istituito con delibera D.G. 4316 del 29/09/2010
- Il gruppo di lavoro aziendale, multidisciplinare, per la sicurezza in sala operatoria
- Il Comitato per le infezioni ospedaliere
- Servizio legale
- Ufficio tecnico
- Ufficio formazione
- Cittadinanza attiva Tribunale dei Diritti del Malato

METODOLOGIA

Metodologia utilizzata: PDCA

Il ciclo di Deming o Deming Cycle (ciclo di PDCA) è un modello studiato per il miglioramento continuo della qualità. Serve per promuovere una cultura della qualità che è tesa al miglioramento continuo dei processi e all'utilizzo ottimale delle risorse. Questo strumento parte dall'assunto che per il raggiungimento del massimo della qualità è necessaria la costante interazione tra ricerca, progettazione, test, produzione e vendita. Per migliorare la qualità e soddisfare il cliente, le quattro fasi devono ruotare costantemente, tenendo come criterio principale la qualità.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 26 di 58</p>
--	--	---

La sequenza logica dei quattro punti ripetuti per un miglioramento continuo è la seguente:

- P - Plan. Programmazione.
- D - Do. Esecuzione del programma, dapprima in contesti circoscritti.
- C - Check. Test e controllo, studio e raccolta dei risultati e dei feedback.
- A - Act. Azione per rendere definitivo e/o migliorare il processo

Attraverso FOCUS PDCA la comprensione dell'attuale efficienza dell'andamento del processo per soddisfare le esigenze e prevedere le aspettative viene utilizzato per pianificare e processare cambiamenti per migliorare.

La motivazione dell'esistenza di tali cambiamenti nei processi è per migliorare i prodotti o servizi dal punto di vista dei membri. Questo è il modello suggerito per un sistema strutturato da squadre, individui o funzioni come sistema globale.

SISTEMI DI REPORTISTICA

I meccanismi di reportistica prevedono una comunicazione dell'informazione sistematica, con feedback relativi agli audit, analisi dei dati ecc. L'U. O. Gestione del Rischio Clinico ha il compito di coordinare, organizzare e presentare dati raggruppati e informazioni ai vari attori coinvolti nel processo, di trasmetterne il report conclusivo alla Direzione Aziendale e al responsabile gestione sito web per una capillare informazione all'utenza di quanto implementato.

STRUTTURE COINVOLTE

Sono coinvolti tutti i presidi ospedalieri dell'ASP di Trapani (Trapani, Marsala, Mazzara, Salemi, Castelvetro, Alcamo e Pantelleria).

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> <p>DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 27 di 58</p>
--	--	---

ATTIVITÀ RISCHIO CLINICO

Report biennio 2012/2013

MANUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: STANDARD PER GLI OSPEDALI

In adesione e applicazione del Progetto Regionale 2012/2013 dell' Assessorato della Sanità **"Patient Safety e Emergency Departement"** in collaborazione con PROGEA SRL e **Joint Commission International** è stato acquisito il nuovo manuale comprendente i nuovi Standard e relativi elementi misurabili (Manuale per l'accreditamento internazionale degli ospedali –IV in vigore dal 1 gennaio 2011) e sono state inserite sul Sistema Willis le autovalutazioni di tutti i presidi ospedalieri dell'azienda.

In coerenza con le indicazioni fornite dal D. A. 11/ 01/2008, sono state definite e implementate in tutti i presidi le seguenti **procedure**:

- Prevenzione e gestione della caduta del paziente in ospedale
- Trasferimento sicuro del paziente presso altri presidi ospedalieri dell' ASP di Trapani o presso presidi ospedalieri delle ASP regionali.
- Trasferimento sicuro di pazienti provenienti da altri presidi ospedalieri
- Sicurezza dei mezzi di trasporto. Controllo delle apparecchiature elettromedicali e dei borsoni-farmaci in dotazione alle ambulanze dei PP.OO.
- Trasferimento di pazienti in cardiocirurgia ISMETT
- Raccomandazioni per la prevenzione del tromboembolismo venoso
- Corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura

Nell'ambito del programma "Gestione del Rischio Clinico", si sono inserite le attività di on site visit condotte da consulenti J. C. presso i presidi ospedalieri di Trapani, Marsala, Castelvetro. Sulla base dei report dei consulenti JC, nel corso del 2012-2013 si è dato avvio ad un programma che, pur

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 28 di 58</p>
--	--	---

attenzione alle specificità di ogni singolo presidio, permettesse la condivisione e l'uniformità dei requisiti richiesti dallo standard rispetto alle quattro aree critiche definite nel programma, ovvero:

1. valutazione effettiva dei bisogni del paziente
2. gestione sicura delle procedure ad alto rischio
3. gestione dei pazienti ad alto rischio
4. continuità assistenziale

Si è inoltre avviato il percorso di monitoraggio e implementazione del nuovo set di standard

- *Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente (IPSG)*
- *Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure (ACC)*
- *Diritti del Paziente e dei Familiari (PFR)*
- *Valutazione del Paziente (AOP)*
- *Cura del Paziente (COP).*
- *Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente (QPS)*
- *Corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura*

DESCRIZIONE PERCORSI

APPLICAZIONE "RACCOMANDAZIONI PER IL TROMBOEMBOLISMO VENOSO" E IMPLEMENTAZIONE DELLE STESSE NELLE UU.OO.

L'U.O.C. Rischio Clinico Aziendale al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti nel **Programma Operativo Regionale** per l'anno 2010-2012 in materia di appropriatezza, uso efficiente delle risorse e contenimento delle spese e in applicazione delle Linee Guida "**Raccomandazioni per la prevenzione del tromboembolismo venoso**" (D.A. 23/12/11), prevista come attività di implementazione delle stesse, inserita nei PAA in applicazione del Piano Sanitario Regionale "**Piano**

**PIANO AZIENDALE
QUALITA' E RISCHIO
CLINICO**



DIREZIONE
Via Mazzini,1 91100 Trapani

Codice documento: PAQR

Data di emissione:30.09.2010

Data ultima revisione:

20.09.2014:

Pagina 29 di 58

della **Salute 2011-2013**”, ha adottato i provvedimenti necessari per l’osservanza delle Raccomandazioni de qua, con lo scopo di uniformare i comportamenti dei dirigenti medici mirati alla segnalazione, all’analisi, alla valutazione e al trattamento del tromboembolismo venoso.

Il Programma è stato condiviso con il Dipartimento del Farmaco che ha curato l’appropriatezza terapeutica nella prevenzione/terapia del TEV e quella economica di refluenza sui costi dell’assistenza farmaceutica convenzionata.

E’ stata data ampia diffusione delle Raccomandazioni mediante avviso di pubblicazione sul sito web aziendale alla voce U.O.C. Rischio Clinico Aziendale, affinché gli operatori potessero consultarne il contenuto in qualsiasi momento e in tutte quelle circostanze che richiedessero un chiarimento sulla linea di condotta clinica ravvisata dal gruppo di esperti regionali che hanno partecipato alla stesura delle Linee Guida per la corretta gestione del paziente a rischio TEV, inoltre, le Raccomandazioni sono state trasmesse in formato cartaceo ai Direttori Sanitari dei PP. OO. di Trapani, Marsala, Castelvetrano, Alcamo affinché provvedessero a loro volta a trasmetterle ai Direttori delle UU.OO. afferenti all’area chirurgica.

Il numero di UU.OO. chirurgiche presso le quali sono state implementate le Raccomandazioni rispetto al numero di UU.OO chirurgiche aziendali è di 22/22 pari al 100% del valore atteso così ripartite:

- 1) P. O. di Trapani 8/8
- 2) P. O. di Marsala 7/7
- 3) P. O. di Castelvetrano 4/4
- 4) P. O. di Alcamo 1/1
- 5) P.O. di Pantelleria 1/1
- 6) P.O. P.T.A.-P.T.E. Salemi 1/1

Nel contempo è stata implementata una checklist presso le UU. OO. chirurgiche il cui utilizzo è stato fondamentale come strumento di valutazione del rischio TEV di pazienti che sono stati ricoverati presso le UU. OO. dell’area chirurgica per essere sottoposti ad intervento chirurgico.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 30 di 58</p>
--	--	--

La check è preventivamente compilata da ciascun medico il quale valuta il rischio tromboembolico a cui il paziente può incorrere con l'obiettivo mirato di sottoporre lo stesso a terapia antiaggregante nel caso in cui il rischio risultasse elevato.

La check correttamente compilata in ogni sua parte prevede:

- **U.O. in cui è ricoverato il paziente, la data di nascita, il n. SDO della cartella clinica, il nome e cognome, la data di nascita, l'età**
- **Tipologia di ricovero:** Trauma maggiore, Intervento chirurgico superiore ai 30 minuti
- **Fattori di rischio aggiuntivi:** Obesità, presenza di vene varicose, pregressa tromboembolia venosa, trombo embolia congenita o acquisita, neoplasia attiva, presenza di gravi infezioni, assunzione di terapia ormonale estro progestinica, gravidanza e puerperio, presenza di cateteri venosi centrali, necessità di praticare anestesia generale
- **Paziente a rischio basso, moderato, alto, altissimo**
- **Terapia antiaggregante assunta dal paziente prima del ricovero, tipo di farmaco**
- **Nome e cognome del medico che esegue la valutazione clinica**
- **Profilassi:** (es. mobilizzazione precoce, uso di calze elastiche a compressione graduata, a compressione intermittente, pompa venosa plantare, ecc)
- **Terapia farmacologica e dosaggio**
- **Firma del medico prescrittore**

La check è stata inserita nella cartella clinica di ciascun paziente come parte integrante documentale del percorso diagnostico- terapeutico dello stesso.

Trimestralmente i referenti dell' U.O.C. Rischio Clinico dei PP. OO. coordinati dal Referente Aziendale dell' U.O.C. Rischio Clinico hanno eseguito degli Audit ovvero, hanno controllato a Random le cartelle cliniche delle UU. OO. chirurgiche con l'intento di verificare la presenza e la corretta compilazione della check list per la prevenzione del tromboembolismo venoso.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 31 di 58</p>
--	--	---

Il numero delle cartelle cliniche monitorate presso le UU. OO. chirurgiche ammonta a 585, mentre il numero delle check list inserite nelle suddette cartelle è di n. 513 con una conformità pari al 90% e sono così ripartite:

Trapani n. c.c 300 n. check 257

Marsala n. c.c. 60 n. check 45

Castelvetrano n. c.c. 130 n. 121

Alcamo c.c. 95 n. 90

E' stato pertanto organizzato un evento formativo sulle "Linee Guida Regione Sicilia: Profilassi Antibiotica perioperatoria e Prevenzione del Tromboembolismo venoso" finalizzato ad avviare un comune percorso informativo/formativo per dirigenti medici con lo scopo primario di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi dell'antibiotico-profilassi per tipologia di intervento, di migliorare il sistema di monitoraggio delle infezioni ospedaliere, di ridurre la pressione selettiva derivante da un uso estensivo e talvolta inappropriato degli antibiotici, di uniformare i comportamenti mirati alla segnalazione, analisi, valutazione e trattamento dei rischi che il tromboembolismo venoso comporta e porre un sistema di verifica per controllarne gli esiti.

L'evento accreditato ECM ha previsto 10,1 crediti formativi, ed ha raggiunto una conformità pari al 43% di medici chirurgici, farmacisti partecipanti.

Durante la rilevazione degli audit inerente la corretta applicazione della check i dirigenti medici chirurgici hanno segnalato alcune criticità riferibili alla stesura della check ovvero, a parer loro la check presentava delle incompletezze, così a conclusione dei lavori, il Direttore dell' U.O.C. Rischio Clinico ha istituito un gruppo di lavoro composto dal Direttore del Dipartimento del Farmaco e da due Dirigenti medici esperti in chirurgia vascolare per lo "Studio e l'implementazione di una nuova check per la valutazione del TEV di pazienti che accedono alle aree chirurgiche dei PP. OO. dell'ASP di TP" e la stesura di una procedura aziendale. Il progetto si svilupperà nel biennio 2014/2015.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 32 di 58</p>
--	--	--

ATTUAZIONE DEI PIANI DI MIGLIORAMENTO

Sulla base delle indicazioni assessoriali e delle criticità rilevate l'U.O.C. Rischio Clinico ha dato priorità ai seguenti interventi come di seguito indicati:

1) PREVENZIONE CADUTA DEL PAZIENTE

L'Azienda ha aderito al Programma Regionale secondo le modalità previste dal protocollo del Ministero della Salute del 2009 per il **Monitoraggio degli Eventi Sentinella** per l'identificazione delle cause, delle azioni correttive e di prevenzione degli stessi.

L'azienda ha provveduto alla registrazione del Direttore del rischio clinico all'applicativo ministeriale (NSIS) allo scopo di accedere al Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) provvedendo alla registrazione degli eventi sentinella verificatisi nei presidi ospedalieri aziendali.

Sono stati segnalati al Ministero 18 eventi sentinella di cui 8 si riferiscono all'evento sentinella n. 9 *"Morte e grave danno per caduta di paziente"* al quale l'U.O.C. Rischio Clinico ha posto particolare attenzione e rilevanza.

Lo standard JCI IPSC.6 prevede che *"l'organizzazione elabori un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale"* ovvero, dovrebbe provvedere a valutare il rischio caduta dei propri pazienti e mettere in atto le misure di sicurezza per ridurre tale rischio.

L' U.O. C. Rischio Clinico seguendo le indicazioni della JCI ha avviato un programma aziendale per la riduzione del rischio caduta, mediante l'implementazione di una procedura aziendale appropriata, corredata da due schede ed una checklist distinte per tipologia, con l'obiettivo di prevenire il verificarsi dell'evento sentinella *" Morte o grave danno per caduta di paziente"* mediante l'individuazione di pazienti a rischio.

Pertanto, la rilevazione di dati attraverso strumenti di lavoro, congiuntamente ad una valutazione clinica ed assistenza globale hanno consentito agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive eseguendo una prima e attenta valutazione (entro 24 ore) del paziente all'ammissione

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 33 di 58</p>
--	--	--

dello stesso presso l'U.O. ed una successiva valutazione (dopo 72 ore) in ognuna delle seguenti condizioni secondo le indicazioni dell'OMS :

- Anziano (età pari o maggiore di 65 anni)
- Portatore di significative patologie (es. cardiovascolari) prima del ricovero o alterazioni dello stato di salute sopraggiunte durante la degenza (es. disorientamento con difficoltà di deambulazione, modifiche dell'equilibrio a seguito di patologie neurologiche)
- Somministrazione di terapia comprendente farmaci che possono esporre il paziente a maggior rischio di caduta
- Episodi di precedenti cadute

La procedura aziendale dal titolo **“La prevenzione e la gestione delle cadute in ospedale”** corredata da **“Istruzioni di lavoro”** è stata trasmessa ai Direttori Sanitari dei PP. OO. di Trapani, Castelvetrano, Alcamo, Salemi e Marsala con nota n.2 del 14 gennaio 2013 affinché ne dessero ampia divulgazione a tutte le UU. OO. con degenza e nel contempo a predisporre l'implementazione della stessa .

Il suo scopo principale è quello di migliorare la sorveglianza ed il monitoraggio del fenomeno **“Caduta”** nei pazienti ricoverati e di fornire agli operatori sanitari istruzioni operative per la prevenzione delle cadute in ospedale e per la gestione del paziente caduto.

Alla procedura sono state allegate:

- Scheda di valutazione del rischio caduta del paziente e relativa Scala di Conley (allegato 1)**
- Check-list procedura per il controllo di sicurezza ambientale (allegato 2)**
- Scheda di segnalazione caduta (allegato 3)**

La prima azione necessaria per la prevenzione delle cadute ha consistito nell'identificare i possibili fattori di rischio in relazione alle caratteristiche del paziente e a quelle dell'ambiente e della struttura che lo ospitava, in termini di sicurezza, di organizzazione e di adeguatezza del processo assistenziale.

Seguendo le indicazioni OMS sono stati individuati i fattori responsabili delle cadute suddivisi in:

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 34 di 58</p>
--	--	---

A) **Fattori intrinseci** contenuti nella *Scheda di valutazione del rischio caduta del paziente e relativa Scala di Conley*, che si riferiscono alle condizioni di salute del paziente, e comprendono sia i dati anagrafici che la patologia motivo del ricovero, le comorbidità e le terapie farmacologiche.

Nella nostra azienda viene utilizzata la Scala di Conley come strumento standardizzato e validato.

E' una scala composta da 6 items che classificano il rischio di caduta ed individuano un valore soglia di 2 punti per indicare la presenza di rischio aumentato.

Le prime tre domande sono poste dall'infermiere al paziente o, se questi non sia in grado di rispondere per problemi fisici e/o psichici al caregiver;

le tre rimanenti, sono destinate al compilatore che risponderà in base all'osservazione diretta della persona.

I primi tre items sono definiti con:

- *precedenti cadute entro tre mesi antecedenti la compilazione*
- *vertigini o capogiri entro tre mesi antecedenti la compilazione*
- *perdita di feci e\o urine durante il tragitto per recarsi al bagno entro tre mesi antecedenti la compilazione*

Con gli ultimi tre items l'infermiere valuta il deterioramento cognitivo su base osservazionale:

- *compromissione della marcia, passo strisciante, marcia instabile*
- *stato di agitazione*
- *deterioramento della capacità di giudizio/mancaza del senso del pericolo.*

Le misure di prevenzione delle cadute sono state messe in atto per tutti i pazienti per i quali alla fine della rilevazione sommando il punteggio dallo score ottenuto è stato rilevato un rischio aumentato di caduta, ovvero un punteggio pari o superiore a 2.

La diagnosi infermieristica di rischio caduta comporterà la stesura del piano assistenziale con gli interventi preventivi e di educazione sanitaria.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 35 di 58</p>
--	--	---

B) **Fattori estrinseci** contenuti nella *Check-list procedura per il controllo di sicurezza ambientale sono relativi agli aspetti organizzativi della struttura di degenza*, alle caratteristiche ambientali della struttura e dei presidi sanitari impiegati.

La scheda utilizzata serve ad evidenziare tutte le problematiche relative alla sicurezza ambientale a realizzare di conseguenza interventi ambientali es. pavimenti non scivolosi, assenza di dislivelli che possono aumentare i potenziali rischi di caduta o modifiche delle attrezzature, come ad esempio l'aggiustamento dell'illuminazione per aumentare la visibilità soprattutto durante la notte vicino al letto ed al bagno, la disponibilità di ausili per la mobilizzazione appropriati (sedia a rotelle, barella, sollevatori elettrici ecc.), accesso ai campanelli di allarme sia al letto che alla sedia, letti ad altezza variabile e sedie/poltrone di buona qualità ecc.

La check list viene compilata trimestralmente dall'infermiere coordinatore o dal direttore dell'U.O. che effettuano l'osservazione degli ambienti della struttura in cui è allocata l'unità operativa.

In caso di riscontro di non conformità o gravi carenze strutturali la check si è rivelata essere utile per attivare interventi migliorativi pertanto, una volta compilata e firmata l'originale viene archiviata presso l'unità operativa, mentre una copia protocollata viene fatta pervenire alla Responsabile U.O. Qualità, al Direttore U.O. Rischio Clinico Aziendale, alla Direzione Sanitaria di Presidio, al Responsabile dell'Ufficio Tecnico Prevenzione e Sicurezza (RSPP).

PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE E TRASMISSIONE DELL'EVENTO SENTINELLA "CADUTA"

Ogni volta che si verifica un evento caduta il Direttore dell'U.O. prende in carico il paziente per attuare le misure necessarie al fine di mitigare il danno e attivare i dovuti processi di comunicazione con il paziente o i suoi familiari in modo trasparente e completo e mette in atto le seguenti azioni relativamente alla procedura di segnalazione dell'evento sentinella:

segnala l'evento caduta utilizzando la **Scheda di segnalazione caduta (allegato 3)** che contiene dati relativi alla modalità della caduta, ai fattori di rischio del paziente, alle conseguenze riportate nella caduta, agli interventi effettuati e alla eventuale necessità di follow-up.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 36 di 58</p>
--	--	---

La scheda può essere compilata anche dall'infermiere o dal medico testimoni diretti o indiretti della caduta del paziente, e deve essere inviata alla Direzione Medica di Presidio e al Direttore U.O.C. Rischio Clinico che avvia una indagine interna per stabilire se l'evento soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella.

Se dalla indagine emerge che l'evento è conseguente ad un errore che può aver provocato il danno, la Referente Rischio Clinico segnala l'evento al Ministero utilizzando la scheda A del *"Protocollo Ministeriale per il Monitoraggio degli eventi Avversi"*.

Nel contempo raccoglie ed analizza tutte le informazioni per comprendere le cause ed i fattori che hanno scatenato l'evento, seguendo le indicazioni contenute nella scheda B del Protocollo Ministeriale al fine di attuare un piano di miglioramento per il superamento delle criticità e provvede ad inviare la stessa al ministero dopo 45 giorni mediante segnalazione online sulla piattaforma ministeriale SIMES.

INDICATORI/PARAMETRI DI CONTROLLO

L'U.O. Rischio Clinico per verificare quanto messo in pratica annualmente presso le UU. OO. ha redatto una checklist aziendale contenente gli Standard JCI ed i relativi elementi misurabili per valutare la conformità agli stessi, ed è stata utilizzata dai referenti dei presidi ospedalieri, coordinati dal Referente aziendale per eseguire gli audit che hanno avuto come oggetto di verifica:

- la presenza e l'accessibilità alla procedura **"La prevenzione e la gestione delle cadute in ospedale"** presso tutte le UU.OO
- l'avvenuto accertamento dell'eventuale rischio di caduta della persona assistita attraverso la presenza della *Scheda di valutazione del rischio caduta dei pazienti* correttamente compilata e conservata all'interno delle cartelle cliniche.

Il numero delle cartelle cliniche monitorate presso le UU. OO. ammonta a 740, mentre il numero delle check list inserite nelle suddette cartelle è di n. 600 con una conformità pari al 90% e sono così ripartite:

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 37 di 58</p>
--	--	---

Trapani n. c.c 200 n. check 154
Marsala n. c.c. n. 300 check 265
Castelvetrano n. c.c. 210 n. 166
Alcamo c.c. 30 n. 15

2) TRASPORTO SICURO DEL PAZIENTE

L'Azienda ha aderito al Progetto Emergency Department in cui sono stati selezionati gli standard e gli elementi misurabili JCI per l'anno 2012-2013.

Vi hanno aderito i 20 maggiori Pronto Soccorso della Regione Sicilia compreso il MCAU del P. O. di Trapani.

L'intento di JCI è quello di promuovere dei miglioramenti specifici nell'area emergenza-urgenza attraverso obiettivi che evidenziano le problematiche e ne descrivono le soluzioni basate sull'evidenza e sul consenso degli esperti in materia.

Nello specifico, lo standard ACC. 4 enuncia "Il paziente è trasferito presso un'altra organizzazione in base al suo stato e alla necessità di soddisfare le sue esigenze di continuità delle cure".

Il trasferimento di un paziente presso un'altra organizzazione sanitaria si fonda sulle condizioni del paziente e sul suo bisogno di continuità delle cure e delle prestazioni.

Il trasferimento può essere la risposta al bisogno del paziente di un consulto specialistico e del relativo trattamento, di prestazioni d'urgenza o di servizi meno intensivi come la terapia sub-acuta o la riabilitazione a lungo termine.

È necessario un processo di trasferimento al fine di garantire che le organizzazioni esterne soddisfino le esigenze di continuità delle cure.

Il processo definisce:

- le modalità di passaggio delle responsabilità tra professionisti sanitari e tra strutture sanitarie;
- i criteri che stabiliscono la necessità del trasferimento per far fronte ai bisogni del paziente;

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 38 di 58</p>
--	--	---

- chi è responsabile del paziente durante il trasferimento;
- i dispositivi e le apparecchiature che servono durante il trasferimento;
- come agire nel caso in cui non sia possibile effettuare il trasferimento presso un altro centro di cura.

PROTOCOLLO TRASPORTO SANITARIO IN CONDIZIONE

DI URGENZA O PROGRAMMATA

Nella nostra azienda presso ogni pronto soccorso è stato redatto un Protocollo per il trasferimento sicuro del paziente presso altri PP.OO. dell'ASP di Trapani o Presso PP. OO. delle ASP regionali.

Il protocollo evidenzia i motivi per cui un paziente viene trasferito dai nostri presidi a presidi esterni ovvero:

Mancanza di posti letto: l'ospedale accettante non è in grado di ricoverare il paziente, poiché, pur disponendo delle idonee tecnologie non ha disponibilità di posti letto. **Competenza specialistica:** quando il paziente deve essere trasferito in altro ospedale perché nel proprio non è disponibile un trattamento specialistico.

Accertamenti diagnostici, consulenza, terapie: il paziente viene trasportato ad un altro ospedale e quindi rientra nell'ospedale di origine dove è degente, senza che vi sia alcun trasferimento.

Prosecuzione cure: quando il paziente terminate le esigenze di cure specialistiche, viene trasferito in altro ospedale per continuare le cure non specialistiche.

Nei primi tre casi, qualora le condizioni cliniche del paziente fossero instabili, si può configurare il cosiddetto *"trasferimento secondario d'emergenza"* o *"protetto"* o *"interospedaliero"* che richiede il mantenimento di una assistenza adeguata durante tutto il periodo del trasporto, della presa in carico del paziente fino all'arrivo all'ospedale di destinazione.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 39 di 58</p>
--	--	---

Nel quarto caso si configura una tipologia di trasporto sanitario in “*condizione ordinaria programmabile*” di pazienti autonomi o che necessitano di assistenza.

Fondamentale importanza riveste la prevenzione delle possibili complicanze e capacità di affrontare con efficienza eventi patologici imprevisti.

Nella letteratura internazionale ci si può riferire alle classi di rischio rispetto al trasporto dei pazienti critici (classificazione di Eherenwerth):

CLASSE I E II:

- a) il paziente richiede raramente il monitoraggio dei segni vitali
- b) non ha bisogno di una linea venosa
- c) non richiede somministrazione di ossigeno
- d) non viene trasferito in terapia intensiva
- e) non è richiesta la presenza del medico durante il trasporto

CLASSE III:

- a) il paziente richiede il frequente monitoraggio dei segni vitali
- b) ha bisogno di una linea venosa
- c) non è necessario un monitoraggio invasivo
- d) può essere presente compromissione dello stato di coscienza
- e) può essere presente lieve o modesto distress respiratorio
- f) richiede la somministrazione di ossigeno
- g) è ammesso in terapia intensiva
- h) ha un punteggio nella scala Glasgow maggiore di 9
- i) è richiesta la presenza del medico durante il trasporto

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 40 di 58</p>
--	--	---

CLASSE IV:

- a) il paziente richiede intubazione tracheale
- b) richiede supporto ventilatorio
- c) ha bisogno di una delle due linee venose o di catetere venoso centrale
- d) può essere presente compromissione dello stato di coscienza
- e) può essere presente distress respiratorio
- f)) richiede la somministrazione di ossigeno
- g) richiede la somministrazione di farmaci durante il trasporto
- h) è ammesso in terapia intensiva
- i) ha un punteggio nella scala Glasgow inferiore di 9
- j) è richiesta la presenza del medico anestesista-rianimatore durante il trasporto

CLASSE V:

- a) il paziente non può essere stabilizzato
- b) richiede monitoraggio e supporti vitali invasivi
- c) richiede terapia durante il trasporto
- d) trasporto a carico del rianimatore

I pazienti di classe I e II saranno accompagnati dall'infermiere reperibile dell'U.O. in cui è ricoverato il paziente ove previsto, dall'infermiere reperibile del MCAU.

I pazienti della classe III richiedono la presenza di un medico che sarà il medico curante del reparto di appartenenza qualora il paziente sia ricoverato, oppure da un medico del MCAU qualora si tratti di paziente appena giunto dall'esterno.

In ambedue i casi sarà necessaria la presenza di un infermiere reperibile dell'U.O. in cui il paziente è ricoverato ove previsto, o dall'infermiere reperibile del MCAU.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 41 di 58</p>
--	--	---

I pazienti della classe IV e V saranno accompagnati dal medico rianimatore e da un infermiere della U.O. di Anestesia e Rianimazione.

I. Prima del trasferimento occorre avere la disponibilità del posto letto dell'U.O. accettante

II. Il paziente deve essere accompagnato da una relazione del medico che né ha disposto il trasferimento dalla quale risultino i seguenti dati essenziali:

a) condizioni generali del paziente

b) esito e ove possibile, copia degli accertamenti eseguiti

c) eventuale terapia eseguita

d) Il nominativo del medico che ha dato la disponibilità del posto letto.

PROTOCOLLO TRASFERIMENTO DI PAZIENTI PROVENIENTI DA ALTRI PP. OO.

La responsabilità del trasferimento e della procedura e dei mezzi utilizzati è del presidio ospedaliero che trasferisce il paziente.

I. Prima di trasferire un paziente proveniente da altro ospedale è indispensabile contattare, direttamente l'U.O. in cui è prevista la guardia attiva che dovrà accettare il paziente, negli altri casi bisogna contattare il medico del pronto soccorso dell'ospedale ricevente. L'unità operativa contattata dovrà dare la disponibilità del posto letto e della competenza specialistica: senza questa disponibilità non si potrà procedere al trasferimento del paziente.

Le eventuali responsabilità medico-legali per un trasferimento non concordato sono a carico della struttura e dei sanitari che l'hanno disposto.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 42 di 58</p>
--	--	---

II. Il paziente deve essere accompagnato da una relazione del medico che ha disposto il trasferimento dalla quale risultino i seguenti essenziali:

- condizioni generali del paziente
- copia degli accertamenti eseguiti
- terapia praticata
- nominativo del medico che ha disposto il trasferimento

III. Il paziente deve essere accompagnato direttamente dal personale dell'ospedale che trasferisce direttamente presso l'U.O. con la quale è stato concordato il trasferimento nel caso della guardia attiva, in caso contrario al pronto soccorso. Gli operatori sanitari dell'ospedale che trasferisce assisterà il paziente fino alla presa in carico dell'U.O. accettante.

IV. Il medico dell'U.O. accettante valuterà le condizioni cliniche del paziente e comunicherà l'avvenuto ricovero al pronto soccorso.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 43 di 58</p>
--	--	---

PROTOCOLLO TRASFERIMENTO DI PAZIENTI IN CARDIOCHIRURGIA ISMETT

La nostra azienda a seguito di accordi definiti con l'ISMETT di Palermo ha redatto un protocollo d'intesa per l'invio di pazienti presso tale istituto.

I pazienti cardiocirurgici di maggiore impatto presso i P. S. che devono essere trasferiti presso l'ISMETT sono coloro a cui viene diagnosticata la dissecazione e l'aneurisma dell'aorta toracica.

Procedura di trasferimento paziente con diagnosi

La procedura prevede i seguenti passaggi:

- 1) contattare il cardiocirurgo ISMETT al numero indicato
- 2) inviare richiesta di trasferimento per fax al numero indicato
- 3) compilare il consenso informato al trasferimento
- 4) compilare il foglio inerente le condizioni generali del paziente
- 5) dopo aver ricevuto l'ok telefonico inviare il paziente con il mezzo ritenuto più idoneo

Procedura di trasferimento paziente senza diagnosi

- 1) contattare il centro più vicino in grado di completare l'iter diagnostico (Villa/Sofia- Cervello)
- 2) compilare il consenso informato al trasferimento
- 3) compilare il foglio condizioni cliniche del paziente
- 4) dopo aver ricevuto l'OK telefonico inviare il paziente con il mezzo ritenuto più idoneo.

Adozione scheda per trasferimento presso i pronto soccorso aziendali

E' stata adottata presso i pronto soccorso dell'ASP di Trapani una scheda inerente il trasferimento dei pazienti.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 44 di 58</p>
--	--	--

Evento Sentinella n.13 Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intra ed extra ospedaliero)

Il monitoraggio degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica che ha lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale.

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino 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 abbiano contribuito;
- b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive.

L'Evento Sentinella n.13 *Morte o grave danno del paziente conseguente a malfunzionamento del sistema di trasporto intra o extraospedaliero*, viene esteso sia nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza 118 che riguardo all'assistenza programmata.

Viene incluso ogni malfunzionamento del sistema di trasporto, sia intraospedaliero che extraospedaliero, di tipo terrestre, aereo o navale, che interessa pazienti adulti o pediatrico- neonatali e che comporta morte o grave danno del paziente a causa del verificarsi di uno o più dei seguenti momenti: mancato o intempestivo raggiungimento del luogo dell'evento da parte del mezzo di soccorso; invio di un mezzo inappropriato rispetto al tipo di emergenza o rispetto alle condizioni oro-geografiche del territorio o rispetto alla locale situazione meteorologica; interruzione o ritardo del trasporto a causa di improvvisa avaria meccanica; invio di un mezzo di trasporto inadeguato per carente corredo di farmaci, dispositivi medici e/o di specifici dispositivi di trattamento dell'emergenza o per presenza di personale sanitario non specializzato o non idoneo al trattamento del tipo di emergenza.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 45 di 58</p>
--	--	---

L'U.O.C. Rischio Clinico ha attivato il monitoraggio di codesto evento sentinella in una modalità univoca di sorveglianza nei pronto soccorso dell'ASP dai risultati relativi ai 12 mesi di attività non si è registrato nessun evento grave relativo al trasporto di pazienti che abbiano cagionato morte o grave danno agli stessi.

Ad ogni modo è emersa l'esigenza di promuovere un'adeguata formazione in tema di rischio clinico e migliorare i processi di comunicazione tra gli operatori e tra operatori e pazienti.

Su indicazione del Decreto Assessoriale del 26 giugno 2012 che prevede l'attribuzione dei Privileges nei settori professionali di medicina d'urgenza e secondo gli standard JCI i Direttori dei P. S. dell'ASP al fine di favorire la formazione e l'addestramento continuo del personale addetto al soccorso e trasporto dei pazienti unitamente al servizio di Formazione aziendale hanno organizzato corsi di formazione:

“Triage in Pronto Soccorso” che ha coinvolto n. 100 CPS Infermieri

Formazione sul Campo - “Emergenza- Urgenza” n.7 edizioni che ha coinvolto n. 20 tra medici ed infermieri per ogni edizione

Corsi di basic Life Support e Defibrillation (BLSD) per tutti gli operatori

Corsi di Advanced Life Support (ALS) certificati per la formazione del personale medico ed infermieristico che opera nel Sistema di emergenza come previsto dalle Linee Guida.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 46 di 58</p>
--	--	--

3) SICUREZZA DEI MEZZI DI TRASPORTO CONTROLLO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI E DEI BORSONI FARMACI IN DOTAZIONE ALLE AMBULANZE DEI PRONTO SOCCORSO AZIENDALI

Obiettivo

Tutti gli autoveicoli utilizzati per il trasporto dei pazienti di proprietà dell'azienda devono essere in regola con le normative che si applicano al loro funzionamento, allestimento e manutenzione. Ogni mezzo di soccorso deve essere sempre pronto ad affrontare qualsiasi situazione si presenti durante lo svolgimento del servizio.

I pronto soccorso aziendali hanno adottato le seguenti Linee Guida: *Disinfezione e Verifica ambulanze*. E' compito dell'autista eseguire la preparazione, l'alloggiamento e la verifica della attrezzatura e del materiale a bordo dell'ambulanza che deve essere sempre pronta ad affrontare qualsiasi situazione che si presenti durante il trasporto. La cura dei dettagli, della sicurezza, della conformità delle attrezzature, dell'accoglienza del paziente su un mezzo efficiente, pulito e disinfettato sono alla base di un trasporto a rischio ridotto.

All'inizio di ogni turno l'autista mediante la *checklist controllo ambulanze* deve:

controllare lo stato meccanico del mezzo (olio, freni, ecc.), il livello del carburante, lo stato di carica della batteria, l'impianto elettrico esterno, l'impianto elettrico interno, l'integrità della carrozzeria, il perfetto funzionamento di portiere, portelloni, agganci alla barella, eventuali anomalie (es. spie luminose), pulizia cabina guida, pulizia vano sanitario, barella, bombole O2, estintore, funzione cell. in dotazione, faro, le attrezzature presenti nel vano sanitario: guanti monouso mascherine protezione monouso occhiali o visiera protezione, camice monouso, defibrillatore, maschera ossigeno adulti e pediatrica, pallone ambu e maschera, cannule di Gaudel 2 per misura, laringoscopio tubi endotracheali, cateteri vescicali 2 per misura, sacchetti per urine e sondini nasogastrici, fonendoscopio e sfigmomanometro, deflussori, garze sterile, padella e pappagallo, teli termici, lacci emostatici, box rifiuti e box aghi utilizzati, data e firma.

**PIANO AZIENDALE
QUALITA' E RISCHIO
CLINICO**



DIREZIONE
Via Mazzini,1 91100 Trapani

Codice documento: PAQR

Data di emissione:30.09.2010

Data ultima revisione:

20.09.2014:

Pagina 47 di 58

Importante è identificare le situazioni a rischio infettivo:

1. trasporti di pazienti affetti da patologie infettive
2. trasporto di pazienti con perdita di sangue
3. presenza nella cellula sanitaria di liquidi organici
4. sospetto di malattie infettive

Ogni utente trasportato è da considerarsi a potenziale rischio infettivo per tale motivo, le misure di prevenzione devono essere sempre adottate mediante l'utilizzo di misure di barriere: guanti, mascherine, occhiali, tute.

Dopo ogni servizio l'autista deve compiere delle attività di routine al fine di essere operativi subito dopo l'arrivo a destinazione:

1. ripristinare la barella con lenzuolino, telo, coperta cuscino puliti
2. ripulire l'abitacolo da eventuale presenza di materiale biologico
3. raccogliere ed eliminare materiale usato: garze, medicazioni, materiale monouso consumato
4. areare il vano sanitario

I rifiuti potenzialmente infetti devono essere smaltiti come rifiuti ospedalieri infetti.

La disinfezione della cellula sanitaria deve avvenire dopo ogni trasporto di paziente infetto o periodicamente una volta ogni trenta giorni.

Ogni mattina e al rientro da ogni viaggio, l'autista esegue il controllo dell'ambulanza mediante utilizzo di una checklist sottoscritta in cui segna eventuali anomalie riscontrate segnalandole con appositi cartelli ai colleghi di turno successivi qualora si è impossibilitati ad intervenire per la riparazione immediatamente o qualora vi sia necessità di mettere il mezzo fuori uso.

**PIANO AZIENDALE
QUALITA' E RISCHIO
CLINICO**



DIREZIONE
Via Mazzini,1 91100 Trapani

Codice documento: PAQR

Data di emissione:30.09.2010

Data ultima revisione:

20.09.2014:

Pagina 48 di 58

Al termine di ogni viaggio l'infermiere che ha accompagnato il paziente dovrà occuparsi della rimozione di flebo, farmaci o altri presidi utilizzati durante il viaggio che dovrà reintegrare dei borsoni-farmaci, controllando la data di scadenza, mediante l'utilizzo di una checklist. A tal proposito è stato effettuato un monitoraggio su corretto utilizzo della checklist "*Controllo farmaci borsone P.S.*" Sono state monitorate 155 schede in dotazione presso i Pronto Soccorso di Trapani, Marsala e Castelvetrano ed è stata raggiunta una conformità pari al 90%.

Il coordinatore infermieristico ha il compito di vigilare che tale attività venga rispettata.

La mancata esecuzione della stessa verrà segnalata alla Direzione Sanitaria affinché proceda ad intraprendere i dovuti procedimenti disciplinari del caso.

Sono state monitorate su 325 trasporti provenienti da trasferimenti effettuati presso il MCAU di Trapani ed i P. S. di Marsala e Castelvetrano, 270 checklist sul "*Controllo Ambulanze*" mediante audit. Lo studio ha evidenziato una conformità pari al 90%. Mentre per quanto concerne il controllo delle apparecchiature medicali è stato eseguito un monitoraggio presso i Pronto Soccorso di cui sopra mediante audit, di 150 checklist. Anche in questo caso lo studio ha evidenziato una conformità pari al 90%.

Per quanto concerne la responsabilità del trasferimento di pazienti assistiti dagli infermieri, presso i pronto soccorso aziendali è stato adottato il seguente protocollo: *Assistenza infermieristica al paziente trasferito in altro nosocomio.*

Premesso che il trasferimento di un paziente da un ospedale all'altro, rappresenta un momento assistenziale particolarmente critico poiché, come abbiamo già visto, durante il trasferimento si può far ricorso solo alle risorse presenti sul mezzo di trasporto, è evidente che la responsabilità del trasporto ricada sul medico che dispone il trasferimento. Infatti egli è responsabile di tutte le complicanze prevedibili, in base alle condizioni cliniche del paziente e non si limita al momento in cui viene compilata la consulenza o il foglio sulle condizioni cliniche del paziente ma, comprende tutto l'arco

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 49 di 58</p>
--	--	---

temporale prevedibile, dal momento della visita a quello dell'arrivo all'ospedale di destinazione (GURS 23/05/2010 Assessorato alla Salute SUES 118).

L'infermiere che accompagna il paziente è responsabile degli atti infermieristici che esegue durante il trasporto e degli atti eseguiti dietro ordine telefonico di un medico o dell'applicazione dei protocolli vigenti. E' responsabile inoltre della raccolta e comunicazione al medico dei parametri vitali da cui discendono protocolli operativi. L'assistenza infermieristica prima del trasferimento deve prevedere le possibili complicanze che potrebbero presentarsi durante il trasferimento che devono essere valutate alla luce delle difficoltà di muoversi ed agire all'interno di un mezzo di emergenza che si muove a velocità nel traffico cittadino od extraurbano.

4) CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA

Obiettivo

Il Ministero della Salute ha pubblicato un manuale che comprende le linee guida e la checklist, elaborate dall'OMS nell'ambito del programma "Safe Surgery Saves Lives". La checklist operatoria contiene 19 item, quale strumento di guida per l'esecuzione dei controlli a supporto delle equipe operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza agli standard di sicurezza raccomandati per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie. Il ministero della salute ha adattato la checklist alla realtà nazionale ed ha aggiunto ai 19 dell'OMS un ulteriore item per la profilassi del tromboembolismo venoso. In ottemperanza alla richiesta da parte dell'Assessorato sul corretto utilizzo della checklist in sala operatoria e su quanto previsto dallo standard JCI, l'U.O.C. Rischio Clinico ha diffuso presso le unità operative chirurgiche aziendali una procedura sulla "*Corretta identificazione del paziente rispetto alla tipologia di intervento chirurgico*" con lo scopo di garantire l'identificazione del paziente che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico. La procedura è corredata da una scheda per la verifica della corretta identificazione del paziente, e del sito chirurgico e della procedura suddivisa in 5 fasi intestata al paziente ed al tipo di intervento a cui sarà sottoposto.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 50 di 58</p>
--	--	---

Comprende:

la fase A che coincide con la preparazione all'intervento prima dell'ingresso in sala operatoria nella quale viene il consenso informato e viene marcato il sito operatorio dal medico dell'equipe della sala operatoria;

la fase B coincide con l'ingresso in sala operatoria in cui il paziente viene identificato rispetto alla tipologia di intervento programmato dal coordinatore di sala operatoria; l

la fase C coincide col periodo prima dell'intervento sul tavolo operatorio in cui si applica il Time out (verifica prima dell'intervento per identificare correttamente il paziente, la procedura corretta da applicare ed il corretto sito da operare e la double check (conferma dell'identità del paziente e la correttezza del sito chirurgico attraverso il controllo degli esami radiografici) dal medico dell'equipe della sala operatoria.

Nel 2013 l' U. O. Rischio Clinico ha avviato un monitoraggio trimestrale di controllo sul corretto utilizzo della checklist in sala operatoria. Sono state monitorate 200 cartelle cliniche presso i PP. OO. di Trapani, Marsala e Castelvetro. Lo studio ha evidenziato una conformità pari al 75%.

Inoltre, sono state avviate verifiche dirette ed osservazionali nei Presidi Ospedalieri dell'ASP, al fine di monitorare la corretta e completa compilazione della suddetta Ceck-List.

Si è avuto un riscontro pari al 60%, motivo per cui si stanno programmando dei percorsi formativi da attivarsi nel 2014-2015.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 51 di 58</p>
--	--	--

5) SICUREZZA DEI PAZIENTI- ADESIONE AL PROGETTO REGIONALE PATIENT SAFETY & EMERGENCY DEPARTMENT IN COLLABORAZIONE CON JCI

L' U.O.C. Rischio Clinico ha aderito al Progetto Regionale dell'Assessorato della Sanità 2012/2013 "Patient Safety &Emergency Department" in collaborazione con Progea Srl e Joint Commission International mediante l' acquisizione del nuovo manuale comprendente i nuovi Standard e relativi elementi misurabili (Manuale per l'accreditamento internazionale degli ospedali-IV in vigore dal 1 Gennaio 2011).

Sulla base di tali standard JCI in collaborazione con le ASP regionali ha realizzato diverse attività :

- 1) Autovalutazioni semestrali per le strutture sanitarie pubbliche e private mediante un software disponibile online**
- 2) Percorsi Formativi per Referenti di Presidio e Valutatori Regionali**
- 3) On-site-visit in un campione di strutture, al fine di valutare la compliance agli standard e di fornire un supporto per la definizione delle priorità di intervento e miglioramento.**

Le attività realizzate hanno consentito di mettere in luce sia i punti di forza all'interno delle aziende, sia le aree critiche per le quali è necessario definire piani di miglioramento più robusti. Per tale motivo, in questa nuova fase del progetto, l'Assessorato della Salute e JCI hanno lavorato per ampliare il set di standard in uso, al fine di:

- 1) Rafforzare gli interventi nelle aree già oggetto di osservazione**
- 2) Individuare ulteriori standard per l'introduzione di nuove aree di rischio**

Attraverso la condivisione e la discussione con le Società Scientifiche, con l'Assessorato e con i responsabili Qualità e Risk Manager aziendali, è emersa l'opportunità di integrare il set di standard in uso che è costituito da 100 standard per un totale di 320 elementi misurabili.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 52 di 58</p>
--	--	---

Il Progetto Patient Safety prevede che ogni organizzazione effettui una autovalutazione del proprio livello di compliance agli standard secondo la seguente scala:

Completamente raggiunto: punto 1

Spesso raggiunto: in atto, quasi completato in tutta l'organizzazione punto 0,75

Talvolta Raggiunto: in atto, in via intermedia punto 0.5

Raramente raggiunto: in atto, in uno stadio iniziale o in una parte limitata dall'organizzazione punto 0,25

Non raggiunto: punto 0

Non applicabile

Perchè l'autovalutazione sia il più possibile fedele alla realtà è utile seguire le seguenti indicazioni mediante le evidenze richieste:

1)Richiesta di documentazione scritta

2) Presenza di processi organizzativi o comportamentali

3) Evidenza all'interno della documentazione sanitaria

L'U.O.C. Rischio Clinico ha coordinato nel 2013 l'inserimento delle autovalutazioni di tutti i PP.OO. relativamente al II semestre del 2012, inerente gli Standard JCI. Per lo svolgimento di questa attività la Regione, Willis SPA e Progea SRL hanno progettato un nuovo software online, denominato **Software "Progetto Sanità" - Gestione Valutazioni – Software per la valutazione del grado di compliance con gli Standard JCI** che ha sostituito la precedente piattaforma denominata SAT ed ha consentito ai diversi presidi di inserire i propri dati mediante un codice di accesso al software, un manuale per l'utilizzo dello stesso e contatti per l'assistenza con la segreteria di Progea. Il Nuovo sistema è stato fornito alle ASP dall'Assessorato della Salute il quale ha organizzato un incontro illustrativo mediante slides per la corretta applicabilità. Vi hanno partecipato il Direttore del Rischio la

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 53 di 58</p>
--	--	--

e la Referente Infermieristica. Quest'ultima è stata selezionata da JCI unitamente all'Assessorato per seguire il percorso formativo come valutatore regionale JCI che ha portato regolarmente a termine. Nel complesso sono state inserite tutte le autovalutazioni ed i relativi piani di miglioramento dei PP. OO. di Trapani, Alcamo, Pantelleria, Marsala e Castelvetro, per cui è stata raggiunta una conformità pari al 100%100.

Nel corso dello stesso progetto sono stati implementati i seguenti piani di miglioramento dei relativi standard JCI:

AOP.1.2 : La cartella clinica e infermieristica deve essere adeguatamente compilata in relazione alle finalità cliniche e medico-legale. E' stato eseguito nei PP. OO. un monitoraggio mediante Audit ed utilizzo di una check-list durante il quale sono state monitorate n.740 cartelle cliniche ed infermieristiche. Lo studio ha evidenziato una conformità pari all'80%.

PFR.6 : Il paziente nelle decisioni riguardanti il trattamento assistenziale e delle cure al quale è sottoposto durante il ricovero è tenuto ad esprimere il consenso informato. Mediante utilizzo di una check-list sono state monitorate mediante Audit n. 740 cartelle cliniche inerente la corretta compilazione del consenso informato. Lo studio ha evidenziato una conformità pari al 90%.

IPSG.4 : dal mese di giugno 2013 è stato avviato un Audit a cadenza trimestrale inerente il corretto utilizzo della check-list in uso presso le UU. OO chirurgiche e le sale operatorie dei PP. OO. durante il quale sono state monitorate n. 200 cartelle cliniche. Lo studio ha evidenziato una conformità pari al 75%.

IPSG.6 : Mediante utilizzo di una check-list sono state monitorate mediante Audit n. 740 cartelle cliniche per la valutazione del rischio caduta (Scala di Conley) dei pazienti ricoverati. Lo studio ha evidenziato una conformità pari al 90%.

ACC.1.4 ACC.4 ACC.6.1 : Per la corretta compilazione della scheda di trasferimento sono state monitorate mediante Audit, n. 335 schede in dotazione presso i Pronto Soccorso dell'ASP per il

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 54 di 58</p>
--	--	---

“Trasferimento secondario con Ambulanza”. Lo studio ha evidenziato una conformità pari al 90%. Per valutare la sicurezza dei mezzi sono state monitorate n. 150 Check-list in dotazione presso i Pronto Soccorso dell’ASP mediante Audit. Lo studio ha evidenziato una conformità pari al 90%.

QPS.6 : Autoregistrazione all’applicativo ministeriale (NSIS) allo scopo di accedere al sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) nel quale sono stati registrati tutti gli eventi sentinella verificatesi nei PP. OO nel corso dell’anno e degli anni precedenti. Conformità pari al 100%. E’ stato indetto un corso di formazione interno per i medici dell’area chirurgica accreditato ECM (5)dal titolo “ Il Sistema dei Privileges in Medicina di Urgenza, Cardiologia, Ostetricia e Ginecologia” che si è svolto nella giornata del 13 maggio, raggiungendo una conformità di medici partecipanti pari al 65%.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 55 di 58</p>
--	--	---

OBIETTIVI 2014 / 2015

1. Definizione di una procedura per la segnalazione e la gestione degli eventi sentinella condivisa a livello interaziendale e contestualizzata alle specifiche realtà aziendali in coerenza al Decreto DG 2066 del 31/10/2013.

Redatta, approvata (01/09/14) presso i PP.OO. e i Distretti Sanitari la “Procedura Tecnico-Professionale per “La compilazione della scheda aziendale di segnalazione degli eventi sentinella”. Pubblicata la stessa sul sito WEB aziendale.

Implementazione della procedura nell’ anno 2015.

2. Monitoraggio degli eventi sentinella e dei relativi piani di miglioramento.

Analisi interaziendale/aziendale degli eventi sentinella e dei piani di miglioramento ad essi correlati (Decreto DG 2066 del 31/10/2013).

Inserimento sulla piattaforma SIMES 100% degli eventi sentinella che si sono verificati nel 2014.

Analisi eventi sentinella.

Dati inseriti sulla piattaforma regionale POCS entro dicembre 2014.

Obiettivo da riavviarsi nell’ anno 2015.

3. Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti (Decreto DG 2066 del 31/10/2013).

Implementazione presso i PP.OO delle Raccomandazioni Ministeriali

Pubblicazione delle stesse sul sito WEB aziendale.

AUDIT- Monitoraggio processo implementazione Raccomandazioni Ministeriali sugli Eventi Sentinella e inserimento entro novembre 2014 piattaforma AGENAS del report semestrale.

Obiettivo da riavviarsi nell’anno 2015.

<p style="text-align: center;">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p style="text-align: center;">DIREZIONE Via Mazzini,1 91100 Trapani</p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 56 di 58</p>
--	--	---

4. Applicazione del “Programma di monitoraggio sistematico dell’uso della checklist in Sala Operatoria”

Definizione condivisa ed applicazione della metodologia di valutazione on site (osservazione diretta) con i diversi operatori coinvolti nei processi sulla sicurezza in sala operatoria con formalizzazione di un provvedimento. (D.A. 27/12/2013 GURS n.4 del 24/01/2014).

On site visit presso le sale operatorie dei PP OO. del Direttore U.O.C. Rischio Clinico Aziendale. Istituzione Gruppo di lavoro multidisciplinare per il monitoraggio dell’uso della checklist in sala operatoria composto da:

Direttore U.O.C. Ortopedia del P.O. Trapani

1 Dirigente Medico della U.O.C. Ostetricia-Ginecologia del P.O. di Trapani

1 Dirigente Medico U.O.C. Anestesia PO Marsala

1 Dirigente Medico U.O.C Chirurgia Generale P.O. Trapani

Coordinatori Sala Operatoria PP.OO. Trapani Marsala, Castelvetrano, Alcamo

2 Infermieri /ferristi Sala Operatoria PP.OO. Trapani Marsala, Castelvetrano, Alcamo

Coordinatori Ostetricia Sala Operatoria PP.OO. Trapani Marsala, Castelvetrano

Unificazione della check in tutte le sale operatorie dei PP.OO.

Revisione procedure utilizzate nelle sale operatorie e standardizzazione delle stesse. Pianificazione audit entro novembre presso le sale operatorie dei PP.OO. Trapani, Castelvetrano, Marsala, Alcamo.

Dati inseriti sulla piattaforma regionale POCS entro dicembre 2014. Inoltre Audit controllo checklist su 165 cartelle cliniche dei PP.OO.

Obiettivo da riavviarsi nel 2015.

5. Programma di implementazione e monitoraggio della “Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica ed aderenza al cronoprogramma attività”(D.A. 1914/13)

Approvazione del programma regionale per la sicurezza, appropriatezza e gestione complessiva della terapia antitumorale. (D.A. n.1914/13)

<p align="center">PIANO AZIENDALE QUALITA' E RISCHIO CLINICO</p>	 <p align="center">DIREZIONE <i>Via Mazzini,1 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice documento: PAQR Data di emissione:30.09.2010 Data ultima revisione: 20.09.2014: Pagina 57 di 58</p>
---	---	---

Implementazione del modello di governo clinico integrato U.F.A.-ONCO-EMA con relativo crono programma e 100% delle azioni previste mediante integrazione delle competenze tra farmacista, oncologo, ematologo, dei PP. OO. di Trapani e Castelvetro.

6.Sviluppo organizzativo del Percorso Nascita.

Autovalutazione dei Punti Nascita (pubblici e privati) sulla base della checklist predisposta dai professionisti ed inviata dall'Assessorato.

Inserimento report piattaforma regionale della Prima autovalutazione dei Punti Nascita (Trapani, Marsala, Castelvetro) come da programma assessoriale.

Obiettivo da riavviarsi nell'anno 2015.

7. Sviluppo di un programma formativo per medici e infermieri sulla RCA condiviso tra presidi della ASP (D.A. 27/12/2013 GURS n.4 del 24/01/2014) e di un programma formativo Audit Clinico e PNE condiviso tra presidi della ASP.

Corso di formazione ECM entro novembre sulla Root Cause Analysis quale strumento per la gestione del rischio clinico nei presidi ospedalieri e sulla valutazione in sanità come da Programma Nazionale Esiti/audit clinico . Altra edizione del corso sarà programmata nel 2015. Invio Report entro dicembre 2014 mediante piattaforma regionale POCS.

Obiettivo da riavviarsi nell'anno 2015.

9. Diffusione e implementazione dei documenti per la relazione medico-paziente.

Pubblicazione sito web aziendale, diffusione e implementazione della "Guida per il paziente che si ricovera in ospedale" e del documento" La relazione tra medico e paziente in ospedale".

Obiettivo da riavviarsi nell'anno 2015.

**PIANO AZIENDALE
QUALITA' E RISCHIO
CLINICO**



DIREZIONE
Via Mazzini,1 91100 Trapani

Codice documento: PAQR
Data di emissione:30.09.2010
Data ultima revisione:
20.09.2014:
Pagina 58 di 58

SOMMARIO

PIANO QUALITA' AZIENDALE

Presentazione	pag. 3
La politica della Qualità	pag. 3
Le scelte aziendali: una strategia per la qualità	pag. 7
La struttura organizzativa per la progettazione, l'implementazione e la gestione del sistema qualità	pag. 7
Priorità d'intervento per il biennio 2014/2015	pag. 11
Sistema regionale di valutazione della qualità percepita	pag. 12
Report Anno 2013	
Progetto Audit Civico	pag. 19
Progetti di miglioramento organizzativo: la valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino"	pag. 20

PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Presentazione	pag. 22
Strategia e politica aziendale	pag. 22
Mission e Vision	pag. 23
Obiettivi generali	pag. 24
Struttura del sistema	pag. 25
Metodologia	pag. 25
Sistemi di reportistica	pag. 26
Strutture coinvolte	pag. 26
Attività rischio clinico .Report biennio 2014/2013	pag. 27
Manuale per la gestione del rischio clinico: standard per gli ospedali	pag. 27
Attuazione piani di miglioramento	pag. 32
Obiettivi 2014/2015	pag. 55
Sommario	pag. 58