

PIANO AZIENDALE
QUALITÀ E RISCHIO CLINICO

**PIANI DI MIGLIORAMENTO
2012**



DIREZIONE
Via Mazzini, 1. 91100 Trapani

Codice del documento:

All. 001. PAQR

Data di emissione:

28/06/2012

N° di revisione: **0**

Pagina 1 di 27

TIPO DI DISTRIBUZIONE

- CONTROLLATA*
- NON CONTROLLATA*

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER IL CITTADINO

PIANO OPERATIVO

anno 2012

All. 001. PQR

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR Data di emissione: 28/06/2012 N° di revisione: 0 Pagina 2 di 27</p>
--	--	---

Premessa

Come da obiettivi programmatici del Direttore Generale per l'anno 2012, sono stati individuati alcuni obiettivi relativi all'area di umanizzazione dei processi assistenziali redatti a partire dalla integrazione dell'analisi dei seguenti elementi:

- Autovalutazione relativa al modello di qualità progettata di cui al D.A. 3185 del 28/12/2010 "Il Sistema regionale di valutazione della qualità percepita", nello specifico applicazione della check-list di autovalutazione sulla qualità progettata nel ricovero programmato a ciclo continuativo e nelle prestazioni ambulatoriali.
- Analisi dei risultati dei questionari di valutazione della qualità percepita per il primo trimestre 2012.
- Analisi delle segnalazioni/reclami pervenuti all'URP o trasmessi dalle diverse sedi del TDM per l'anno in corso 2012.
- Proposte derivanti dall'attività di autovalutazione relativa all'Audit Civico.
- Proposte pervenute dai Comitati Consultivi Aziendali.

L'analisi delle linee progettuali sopra descritte ha condotto alla individuazione delle maggiori criticità sugli aspetti di umanizzazione dei processi assistenziali, da cui è derivata la redazione di piani di miglioramento condivisi dalla direzione aziendale con il collegio di direzione e il comitato consultivo aziendale.

PIANI DI MIGLIORAMENTO

1. **Area Informazione e Comunicazione: CARTA DEI SERVIZI**
2. **Area Informazione ed Accoglienza: APPLICAZIONE PROTOCOLLO SULLA QUALITÀ' PROGETTATA NEL RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO ORDINARIO**
3. **Area Informazione ed Accoglienza: APPLICAZIONE PROTOCOLLO SULLA QUALITÀ' PROGETTATA NEI SERVIZI DIAGNOSTICI ED AMBULATORIALI**
4. **Comfort Alberghiero: VITTO OSPEDALIERO.**
5. **Comfort Alberghiero: CURA, DECORO DEGLI AMBIENTI E FUNZIONALITÀ DEI SERVIZI IGIENICI**
6. **Comfort Alberghiero: PULIZIA DEGLI AMBIENTI**
7. **Accesso alle Prestazioni: TEMPI DI ATTESA TRA LA PRENOTAZIONE E LA PRESTAZIONE DIAGNOSTICA E AMBULATORIALE.**
8. **Sicurezza Del Paziente e Percorsi Assistenziali: SCHEDA UNICA DI TERAPIA**
9. **Sicurezza Del Paziente e informazione: IL CONSENSO INFORMATO**
10. **Sicurezza del Paziente: LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CADUTA**
11. **Umanizzazione dei percorsi assistenziali: OSPEDALE/TERRITORIO SENZA DOLORE**

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR Data di emissione: 28/06/2012 N° di revisione: 0 Pagina 4 di 27</p>
--	--	---

AREA INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

1. CARTA DEI SERVIZI:

Stesura della Carta dei servizi Aziendale completa di standard e fattori di qualità individuati con la collaborazione della componente civica

Livello di applicazione: Aziendale

Descrizione azione di miglioramento:

La Carta dei Servizi, in quanto strumento di dialogo tra azienda e cittadini, rappresenta un fondamentale strumento di comunicazione con cui la struttura sanitaria informa delle attività svolte, dei servizi disponibili, delle prestazioni erogate, degli orari degli ambulatori delle modalità di accesso, degli impegni presi con i cittadini in termini di garanzia del servizio, sia in ottica di funzionalità del sistema che di efficienza ed efficacia rispetto ai bisogni censiti ed alla ricognizione effettuata sulle aspettative.

Le Sezioni della Carta dei Servizi

Presentazioni dell'azienda sanitaria e principi fondamentali

La Carta dei Servizi deve prevedere la schematizzazione dell'organizzazione dell'azienda (organigramma), la piantina (planimetria) con indicazione dei servizi e delle Unità operative, con breve introduzione descrittiva della missione dell'Azienda.

Inoltre deve indicare i numeri di telefono utili per gli utenti.

Devono essere inserite indicazioni sulle modalità per raggiungere l'azienda e le sue articolazioni organizzative.

Devono essere inserite indicazioni sui tipi di prestazioni erogate dall'azienda con relative modalità di accesso (con particolare attenzione all'indicazione dell'eventuale preparazione per l'esecuzione delle indagini diagnostiche, della documentazione da presentare all'accesso da parte degli utenti), differenziate per tipologia.

Una pagina deve essere dedicata a tutte le attività o prestazioni erogate che, per l'importanza che rivestono in termini assistenziali e per la rarità della tipologia della prestazione erogata, necessitano di congrua informazione agli utenti.

Inoltre nell'aggiornamento una parte deve essere dedicata alle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie, alle modalità di richiesta della documentazione, alle modalità di prenotazione, di pagamento dei ticket, di rimborso.

Deve essere data indicazione sull'assistenza religiosa garantita ai cittadini (cattolica ed eventualmente di altre confessioni).

Deve essere inserita, altresì, la eventuale disponibilità di assistenza linguistica (interpretariato).

Devono essere evidenziati tutti i servizi accessori resi disponibili agli utenti.

Informazioni sulle strutture ed i servizi forniti

In questa Sezione devono essere inserite le schede descrittive delle singole Unità Operative e dei Servizi Sanitari.

Tali schede devono contenere informazioni relative:

- Nome e cognome del responsabile e, comunque, indicazione del medico di riferimento
- Numeri di telefono dei responsabili di attività assistenziali settoriali e delle attività infermieristiche
- Prestazioni erogate
- Modalità di prenotazione
- Orari di apertura
- Modalità di accesso al ricovero e/o di accesso alle prestazioni ambulatoriali

Percorsi Assistenziali

In questa Sezione l'Azienda deve inserire, almeno in relazione alle patologie croniche più diffuse, la descrizione del servizio erogato in modo funzionale a protocolli assistenziali orientati a garantire appropriatezza clinica. Ciò ancor più è indispensabile nel caso di percorsi assistenziali complessi, come ad esempio, quelli correlati alla presa in carico del paziente con patologie oncologiche.

Inoltre, devono essere esplicitate le procedure di integrazione tra ospedale e territorio, in ordine alla capacità dell'Azienda di garantire continuità assistenziale correlata ad eventuali percorsi riabilitativi successivi al ricovero ospedaliero con specifiche dei relativi adempimenti procedurali da seguire per facilitare il cittadino nella gestione della fase correlata al pieno recupero funzionale.

Standard di qualità, impegni e programmi

In questa sezione l'azienda deve inserire indicatori di qualità concernenti sia le prestazioni che gli standard di erogazione di servizio.

Deve, altresì essere fatta espressa menzione dei programmi aziendali e degli impegni che l'azienda intende assumere nei confronti degli utenti in termini di monitoraggio dell'andamento del servizio, di attenzione alle esigenze degli utenti e di garanzia dei diritti.

Meccanismi di tutela e di verifica

Questa Sezione è interamente dedicata ai cittadini.

Deve essere inserita la Carta dei diritti e dei doveri degli utenti dei servizi sanitari.

Devono essere inserite indicazioni circa le associazioni di volontariato e gli organismi di tutela operanti nell'azienda.

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR Data di emissione: 28/06/2012 N° di revisione: 0 Pagina 6 di 27</p>
--	--	---

Deve essere data informazione circa:

- Il volontariato
- Associazioni accreditate
- Associazioni convenzionate
- Organismi di tutela dei diritti
- Coordinamento associazioni ed organismi di tutela
- Comitato consultivo aziendale.

In particolare devono essere date indicazioni esaustive circa le relative funzioni, sedi legali e sedi all'interno dell'azienda, recapiti, rappresentanti legali.

Devono essere inserite le schede per la raccolta dei reclami e deve essere brevemente descritta la procedura di inoltro e processazione degli stessi da parte dell'azienda.

Devono essere, infine, evidenziate le diverse modalità a disposizione dell'utente per la presentazione del reclamo.

Responsabilità

La Carta dei Servizi viene elaborata dall'U.O. Comunicazione ,ufficio stampa e URP, dall'U.O. Sistema Qualità in collaborazione con i coordinamenti delle associazioni del volontariato, parte attiva nell'azienda attraverso il Comitato Consultivo Aziendale.

Le associazioni di volontariato oltre a rappresentare l'anello di congiunzione tra azienda e cittadini assicurano il perseguimento delle finalità proprie del documento.

Obiettivo

Produzione di un documento pratico e di immediata operatività, improntato alla mutua collaborazione tra parte aziendale e parte civica e frutto di una reale attività di concertazione e partecipazione.

Tempi di attuazione

- Realizzazione carta dei servizi: dicembre 2012
- Pubblicazione e diffusione tramite sito web: gennaio 2013

Procedure di verifica

- Ogni semestre verrà effettuata una verifica, da parte dell'URP, circa l'attualità delle informazioni di carattere generale ed un monitoraggio circa il rispetto degli impegni assunti da parte della componente civica. Annualmente viene predisposta una revisione del documento a cura della componente civica e della componente aziendale
- Qualora dovessero essere rilevate variazioni importanti circa l'esattezza delle informazioni, devono essere inserite note di "errata corrige" .

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR Data di emissione: 28/06/2012 N° di revisione: 0 Pagina 7 di 27</p>
--	--	---

- Sull'andamento delle attività aziendali relative ai programmi di miglioramento, l'U.O. Comunicazione, ufficio stampa e URP riferisce alla Direzione Aziendale, che ne dà comunicazione al Comitato Consultivo Aziendale
- E' predisposta annualmente, da parte dell'Azienda, una relazione di autovalutazione che espliciti i risultati conseguiti in rapporto agli impegni ed agli standard ed i livelli di soddisfazione degli utenti.

Indicatori

Indicatore	1. Attualità delle informazioni	2. Rispetto impegni e programmi
Aspetto verificato	Informazioni conformi alle variazioni importanti	Conformità indicatori e standard rispetto a quanto dichiarato
Modalità di rilevazione	Monitoraggio semestrale a cura della componente aziendale (URP)	Monitoraggio semestrale a cura della componente civica
Metodo di calcolo	Numero "errata corrige"/totale variazioni rilevate *100	Numero di standard conformi/totale degli standard dichiarati* 100
Valore obiettivo	> 50%	> 80%

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

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR</p> <p>Data di emissione: 28/06/2012</p> <p>N° di revisione: 0</p> <p>Pagina 8 di 27</p>
--	--	--

AREA INFORMAZIONE ED ACCOGLIENZA

2. APPLICAZIONE PROTOCOLLO SULLA QUALITÀ' PROGETTATA NEL RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO ORDINARIO

Livello di applicazione: UU.OO. di degenza

Descrizione azione di miglioramento

Le preoccupazioni legate al proprio stato di salute, così come il ritrovarsi in un ambiente sconosciuto senza punti di riferimento rispetto alla sicurezza della propria casa, determina nella persona ricoverata, sentimenti di ansia, paura e frustrazione.

L'accoglienza diviene pertanto un nodo cruciale per instaurare un rapporto di fiducia che necessita di essere supportato da una adeguata comunicazione e relazione positiva tra il personale addetto all'accoglienza e il paziente.

Il principio appartiene al concetto di empowerment utile ai fini stessi della cura.

Pertanto, al momento del ricovero in ospedale i pazienti verranno accolti secondo un *protocollo scritto di comportamento*.

Le fasi dell'accoglienza verranno così identificate:

1. Accoglienza del paziente da parte del personale di assistenza.

- Il personale riceve il paziente e i genitori o parenti (nei casi previsti), con atteggiamento sicuro e rassicurante secondo le seguenti modalità relazionali:
 - ✓ Si rivolge al paziente chiamandolo per cognome e dandogli del Lei;
 - ✓ Parla con tono, volume e postura adeguati;
 - ✓ Utilizza una terminologia semplice chiara ed adeguata;
 - ✓ Si accerta dell'avvenuta comprensione delle informazioni trasmesse;
 - ✓ Cura il rispetto della privacy.
- Accompagna il paziente in stanza mostrando gli arredi e i servizi di cui potrà disporre durante la degenza.
- Mostra i locali ad uso comune ed illustra le norme di comportamento e i doveri da rispettare all'interno del reparto e della struttura, nonché gli orari delle attività clinico/assistenziali e domestico/alberghiere. *Le informazioni di merito verranno affisse all'interno delle stanze oltre che contenute nel modello informativo che verrà consegnato.* Nello

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR Data di emissione: 28/06/2012 N° di revisione: 0 Pagina 9 di 27</p>
--	--	---

stesso modello verranno riportate anche le informazioni inerenti i servizi e gli orari della struttura, le vie di fuga, ed ogni altra indicazione necessaria a ridurre le barriere fisiche, linguistiche e culturali.

- Chiede di consegnare ai propri familiari oggetti di valore o oggetti pericolosi (registrandoli se è previsto in apposita scheda).
- Chiede di consegnare tutta la documentazione clinica e farmaci personali.
- Informa il medico del ricovero.
- verifica pulizia e appropriatezza dell'unità di degenza assegnata alla persona.

In questa prima fase, è necessario altresì tenere in giusta considerazione la nazionalità di provenienza del paziente, tenendo conto:

- ✓ Della lingua parlata, importante per una efficace comprensione;
- ✓ Della religione, in quanto potrebbero avere un proprio ministro di culto;
- ✓ Dell'alimentazione, influenzata dalle abitudini culturali e/o religiose.

A tutte le persone ricoverate verrà consegnato:

- Foglio informativo della struttura;
- Schema menù settimanale;
- Questionario d'ingresso e di eventuali reclami.

2. Registrazione del paziente.

Il personale addetto avrà cura di:

- ✓ Compilare la documentazione infermieristica in merito a:
 - raccolta dati, comprensiva di un recapito telefonico dei familiari per comunicazioni urgenti;
 - parametri vitali;
 - registrazione terapia assunta ed esami in possesso;
 - identificazione del paziente (BAR CODE, Braccialetto)
- ✓ Pianificare l'assistenza infermieristica
- ✓ Informare la cucina per l'aggiunta del pasto.
- ✓ Registrare il nuovo ricovero sul registro nosologico

3. Accoglienza del paziente da parte del personale medico

- ✓ Effettua il colloquio con il paziente e/o con i parenti.
- ✓ Compila la cartella clinica.
- ✓ Prescrive e notifica agli infermieri il piano terapeutico, gli esami e gli eventuali controlli.

Per ogni fase sono state individuate le responsabilità delle figure coinvolte e di seguito illustrate:

Attività	Medico	Coord. Inf.	Infermieri	OSS
1 Accoglienza del paziente da parte del personale di assistenza	I	C	R	C
2 Registrazione del paziente	I	C	R	I
3 Accoglienza del paziente da parte del personale medico	R	I	C	I

R = responsabile; C = coinvolto; I = informato

Responsabilità

Direttori di Distretto, Direttori di Presidio, Direttori UU.OO, Personale medico ed infermieristico; U.O. Comunicazione istituzionale, ufficio stampa e URP

Tempi di attuazione :

- ✓ Luglio/settembre 2012: Stesura e diffusione protocollo a tutte le UU.OO. interessate nella fase sperimentale.
- ✓ Ottobre/dicembre 2012: Avvio fase sperimentale di implementazione del protocollo nelle UU.OO. Cardiologia, Ginecologia e Ostetricia, Chirurgia pediatrica, Unità Terapia Intensiva Neonatale del P.O. di Trapani.
- ✓ Gennaio/febbraio: 2013 monitoraggio
- ✓ 2013: implementazione in tutte le UU.OO. aziendali

Obiettivo

- ✓ favorire l' accoglienza dell'utente all'interno dei reparti di degenza garantendo, nella relazione operatore/utente,:

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR</p> <p>Data di emissione: 28/06/2012</p> <p>N° di revisione: 0</p> <p>Pagina 11 di 27</p>
--	--	---

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

Indicatori

Indicatore	1) Applicazione protocollo aziendale accoglienza	2) Valutazione complessiva del servizio nell'area "Accoglienza"
Aspetto verificato	Conformità alla check list descritta dal protocollo (1. Accoglienza del paziente da parte del personale di assistenza; 2. Registrazione del paziente, 3. Accoglienza del paziente da parte del personale medico)	Soddisfazione dell'utente nell'area "Accoglienza"
Modalità di rilevazione	Audit interno	Questionario utenza (Domande D2; D3a)
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	> 80%	> 80%

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

AREA INFORMAZIONE ED ACCOGLIENZA

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

Livello di applicazione: ambulatori che erogano prestazioni specialistiche

Descrizione azione di miglioramento

Dalla letteratura si evince che gli aspetti relazionali quali il calore umano, i modi della comunicazione, l'accoglienza, il senso di fiducia alla credibilità ed affidabilità degli operatori, siano individuati dall'utenza come elementi forti di umanizzazione del servizio.

In particolare nelle indagini di customer satisfaction, nelle segnalazioni/reclami inoltrati all'URP e/o alle associazioni civiche, il cliente esterno ha evidenziato nella necessità di maggiore informazione e nel miglioramento degli aspetti organizzativi, definendo percorsi integrati di risposta alle prestazioni, la possibilità di garantirgli una piena soddisfazione.

Come nei percorsi di ricovero, anche nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali l'accoglienza diviene pertanto 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

Pertanto, vanno definite *politiche e procedure scritte a supporto dei processi di accettazione e presa in carico* dei pazienti ambulatoriali.

Le fasi del protocollo verranno così identificate:

1.L'organizzazione definisce e comunica orari e le modalità di prenotazione e di erogazione della prestazione;

2.Al momento dell'accettazione nella struttura ambulatoriale la comunicazione data all'accettazione all'utente ed al suo accompagnatore deve essere:

- efficace, appropriata e comprensibile;
- adeguata all'età del paziente, al suo grado di comprensione e alla sua lingua;
- condotta utilizzando un tempo adeguato riservandosi tempi maggiori se in presenza di problematiche particolari e tenendo in considerazione i diversi bisogni del singolo paziente;

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR Data di emissione: 28/06/2012 N° di revisione: 0 Pagina 13 di 27</p>
--	--	--

A tal fine, verrà predisposto il **“foglio informativo sui servizi ambulatoriali”** (orari d’apertura, prestazioni specialistiche erogate, modalità di prenotazione, ecc...) per ciascuna U.O. dell’azienda.

- 3 Il medico specialista effettua la prestazione coadiuvato, laddove previsto, dall’infermiere, avendo cura di rispettare il diritto alla privacy, e redige una relazione da consegnare all’utente, completa se necessario delle indicazioni necessarie (appuntamenti, luoghi, date, orari, modalità di richiesta, eventuali altri ticket, riferimenti telefonici, documenti da presentare, ecc) qualora preveda nuove prestazioni ambulatoriali o una continuità assistenziale a livello domiciliare.

Responsabilità: Direttori di Distretto, Direttori di Presidio, Direttori UU.OO, Personale medico ed infermieristico; U.O. Comunicazione istituzionale, ufficio stampa e URP

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR Data di emissione: 28/06/2012 N° di revisione: 0 Pagina 14 di 27</p>
--	--	--

Tempi di attuazione :

- ✓ Luglio/settembre 2012: Stesura e diffusione protocollo a tutte le articolazioni organizzative interessate nella fase sperimentale
- ✓ Ottobre/dicembre 2012: Avvio fase sperimentale di implementazione del protocollo nelle UU.OO. che erogano prestazioni diagnostiche ed ambulatoriali del P.O. di Trapani, e del P.O. di Marsala e nel PTA di Trapani.
- ✓ Gennaio/marzo: 2013 monitoraggio
- ✓ 2013: implementazione in tutte le sedi aziendali

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

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	> 80%	> 80%

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

COMFORT ALBERGHIERO

4. VITTO OSPEDALIERO

Livello di applicazione: UU.OO. di degenza di tutti i 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.

- **Descrizione azione di miglioramento**

Monitorare la possibilità di scelta del menù, 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. Verificare meglio i punti critici nel percorso che va dall'arrivo del pasto nei vari punti di accettazione alla consegna. Attivare la Commissione vitto aziendale sulla predisposizione delle verifiche come da competenze istituzionali, in funzione del giudizio di non gradimento espresso dall'utenza sulla qualità del vitto.

Professionista responsabile

Commissione aziendale sul vitto ospedaliero; Commissione vitto;
Servizio infermieristico aziendale

- **Tempi di attuazione:**

- luglio/dicembre 2012 implementazione e monitoraggio procedura aziendale

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR Data di emissione: 28/06/2012 N° di revisione: 0 Pagina 16 di 27</p>
--	--	--

- gennaio/marzo 2013 somministrazione questionari di gradimento
- aprile 2013 report trimestrale
- **Obiettivo:**
migliorare il gradimento dell'utente sul vitto ospedaliero ottimizzando la personalizzazione del menù intervenendo sulla organizzazione in funzione dei bisogni dell'utente.

Indicatori

Indicatore	1. Applicazione procedura vitto aziendale	2. Valutazione complessiva del servizio nell'area "vitto"
Aspetto verificato	Conformità al percorso descritto dalla procedura	Soddisfazione dell'utente nell'area "vitto"
Modalità di rilevazione	Audit interno	Questionario Customer Area vitto
Metodo di calcolo	Numero fasi del percorso conformi/totale delle fasi previste dal protocollo *100	Numero risposte con valori Suff./buono (area vitto)/ N° risposte totali (area vitto) * 100
Valore obiettivo	> 50%	> 50%

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

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR Data di emissione: 28/06/2012 N° di revisione: 0 Pagina 17 di 27</p>
--	--	--

COMFORT ALBERGHIERO

5.CURA,DECORO DEGLI AMBIENTI E FUNZIONALITÀ DEI SERVIZI IGIENICI

Livello di applicazione: Tutti i Presidi ospedalieri , i Distretti /Poliambulatori dell'ASP

Descrizione interventi di miglioramento:

Definizione, formalizzazione ed implementazione di un percorso organizzativo aziendale per migliorare gli ambienti assistenziali attraverso l'identificazione di procedure di segnalazione, intervento e monitoraggio dello stato degli ambienti ed arredi.

Responsabilità

Facility management (in collaborazione con Ufficio tecnico, Direttori Presidio/Distretto)

Obiettivo

Migliorare la qualità degli ambienti e della loro funzionalità nella percezione degli operatori sanitari e degli utenti.

Tempi di attuazione

Secondo semestre 2012

Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo

N. interventi /N. segnalazioni effettuate dalle unita operative.

Riduzione del 25% dei valori negativi (pessimo e insufficiente) espressi dagli utenti nel questionario sulla qualità percepita

Periodicità della misurazione degli indicatori

Trimestrale

COMFORT ALBERGHIERO

6. PULIZIA DEGLI AMBIENTI

Livello di applicazione: Tutti i Presidi ospedalieri dell'ASP

Descrizione interventi di miglioramento

Istituzione di una Commissione per la verifica della qualità del servizio e adozione di una procedura di monitoraggio in tutte le unità operative dell' Azienda

Responsabilità

U.O.C. Facility management, Direzioni Sanitarie di Presidio, Ufficio Infermieristico aziendale

Obiettivo

Monitorare la qualità del servizio di sanificazione erogato
Migliorare la soddisfazione degli utenti su tale aspetto della degenza

Tempi di attuazione

Secondo semestre 2012

Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo

N. verifiche effettuate dalla Commissione e relativi verbali
Riduzione del 30% dei valori negativi (pessimo e insufficiente) espressi dagli utenti nel questionario sulla qualità percepita

Periodicità della misurazione degli indicatori

Trimestrale

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

7). TEMPI DI ATTESA PER LA PRENOTAZIONE E IL PAGAMENTO TICKET PER LE PRESTAZIONI di DIAGNOSTICA E AMBULATORIALI

Livello di applicazione:punti CUP

Descrizione azione di miglioramento

Attivazione di percorsi finalizzati alla individuazione delle priorità e delle relative azioni sulla domanda e sull'offerta, per la gestione ottimale dell'accesso ai punti CUP aziendali e il monitoraggio dei tempi d'attesa per la prenotazione e il pagamento ticket.

Professionista responsabile

Responsabile U.O.S. CUP aziendale; Coordinatori Sanitari di presidio e di distretto; Direttori di Presidio/Distretto.

Tempi di attuazione :

verifica fattibilità entro giugno 2012
azioni correttive entro luglio 2012

Obiettivo

Migliorare i tempi di attesa per la prenotazione e il pagamento del Ticket

Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo

Verifica della fattibilità: SI/NO

Se SI:

Indicatore	1. Tempi di erogazione della prestazione (prenotazione, inserimento, pagamento) da parte dell'operatore	2. Valutazione complessiva del servizio nell'area tempi di attesa
Aspetto verificato	Tempo medio di erogazione del servizio per tipologia di prestazione (prenotazione, inserimento, pagamento)	Soddisfazione dell'utente nell'area "tempi di attesa"
Modalità di rilevazione	Rilevazione orari registrati nel biglietto staccato dall'eliminacode e degli orari registrati nella documentazione rilasciata dal CUP	1. Questionario di soddisfazione 2. Reclami

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR</p> <p>Data di emissione: 28/06/2012</p> <p>N° di revisione: 0</p> <p>Pagina 20 di 27</p>
--	--	---

Metodo di calcolo	<p>orari registrati nel biglietto staccato dall'eliminacode/ orari registrati nella documentazione rilasciata dal CUP</p>	<p>1. Numero risposte con valori positivi (area tempi d'attesa) / N° risposte totali (area tempi d'attesa) * 100</p> <p>2. Numero reclami sui tempi di attesa al CUP/totale dei reclami</p>
Valore obiettivo	<p>≤ 45minuti</p>	<p>1. = 100%</p> <p>2. $\leq 5\%$</p>

Periodicità della misurazione degli indicatori: trimestrale

SICUREZZA DEL PAZIENTE e PERCORSI ASSISTENZIALI :

8. SCHEDA UNICA DI TERAPIA

Livello di applicazione: Presidi Ospedalieri

Descrizione azione di miglioramento

Agire sui percorsi e sugli strumenti assistenziali rappresenta un focus strategico su cui il Governo Clinico si concentra, attraverso il tentativo di standardizzare i comportamenti, ridurre gli sprechi e aumentare l'empowerment delle risorse disponibili. Studi condotti a livello internazionale riportano che le cause degli errori in terapia sono multifattoriali e coinvolgono differenti operatori sanitari. Errori che, se opportunamente monitorati e valutati, possono essere evitati. Gli eventi avversi dovuti ad errori in corso di "terapia farmacologia" sono la causa di danno più frequente nei pazienti ospedalizzati; possono verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco. Lo strumento che si intende implementare nella pratica quotidiana medica ed infermieristica al fine di migliorare la qualità assistenziale e la sicurezza del paziente è la Scheda Terapeutica Unica (STU) La scheda terapeutica unica è, infatti, un eccellente strumento di comunicazione interna, che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati

Responsabilità:

Personale medico ed infermieristico UU.OO. di presidio ospedaliero

1. Medico: responsabile della prescrizione, della modifica e della sospensione della terapia
2. Infermiere: responsabile della preparazione / somministrazione, registrazione avvenuta somministrazione, monitoraggio e segnalazione di eventuali effetti indesiderati
3. Coordinatore infermieristico: responsabile della corretta applicazione della procedura

Tempi di attuazione :

- Luglio/ottobre 2012: implementazione e sperimentazione STU nelle UU.OO. di Anestesia e rianimazione, Cardiologia, Ginecologia e Ostetricia, Chirurgia pediatrica, Unità Terapia Intensiva Neonatale del P.O. di Trapani; UU.OO. Anestesia e/o rianimazione P.O. Marsala e Castelvetrano, Cardiologia di Marsala.
- Dicembre 2012: audit di conformità e rilevazione della compliance degli operatori

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR</p> <p>Data di emissione: 28/06/2012</p> <p>N° di revisione: 0</p> <p>Pagina 22 di 27</p>
--	--	---

- Gennaio 2013: report audit e customer
- Anno 2013: Implementazione della STU in tutte le UU.OO. aziendali
(verrà definito nel piano qualità 2013 cronoprogramma specifico)

Obiettivo

Intercettare e prevenire gli errori nell' ambito della gestione della terapia farmacologica Ridurre i danni correlati a terapia farmacologica

La procedura ha lo scopo di consentire l'applicazione della Raccomandazione n.7 del Ministero della Salute (Settembre 2007) "Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" e risponde agli standard Joint Commission

Indicatori per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo

Cartelle contenenti STU/tot delle cartelle esaminate 100%

Evidenza di corretta compilazione delle schede terapia in caso di controllo a random (numero conformità agli indicatori della check list di verifica/numero indicatori check list > 80%)

- **Periodicità della misurazione degli indicatori: semestrale**

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR Data di emissione: 28/06/2012 N° di revisione: 0 Pagina 23 di 27</p>
--	--	--

SICUREZZA DEL PAZIENTE e INFORMAZIONE

9. CONSENSO INFORMATO

Livello di applicazione: Presidi Ospedalieri

Descrizione azione di miglioramento

Nella procedura sulla gestione della cartella clinica è stato regolamentato il processo relativo alla “informazione” e all’acquisizione del consenso per tutto il percorso diagnostico-terapeutico. Inteso come parte integrante del percorso di cura del paziente finalizzato alla condivisione delle scelte, alla condivisione dei rischi e dei benefici e delle possibili alternative al trattamento, nel pieno rispetto del principio di autodeterminazione

Responsabilità

Direttori di presidio, Direttori di UU.OO., Ufficio infermieristico aziendale, personale di tutti i Presidi ospedalieri dell’ASP

Tempi di attuazione :

Monitoraggio sull’applicazione protocollo aziendale: luglio/dicembre 2012

Report audit: gennaio 2013

Obiettivo

Garantire al paziente le conoscenze necessarie per prendere una decisione informata circa la sua possibilità di ricevere trattamenti medici, test, servizi o procedure invasive.

Indicatori

N° di UU.OO che conoscono e applicano la procedura/totale delle UU.OO.>80 %

Conformità allo standard: > 80%

- **Periodicità della misurazione degli indicatori: semestrale**

SICUREZZA DEL PAZIENTE

10. LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CADUTA DEL PAZIENTE

Livello di applicazione: Presidi Ospedalieri

Descrizione azione di miglioramento

Autorevoli studi a livello internazionale richiamano l'attenzione del management e del personale delle strutture sanitarie alla gestione del rischio di cadute dei pazienti, per cui esistono raccomandazioni e strumenti validati dal punto di vista scientifico, efficaci nel ridurre l'incidenza delle cadute ed utili per supportare la gestione del paziente a seguito dell'evento avverso. Si richiamano altresì gli standard Joint Commission ed il protocollo ministeriale relativo agli eventi sentinella

Responsabilità

Direttori di presidio, Direttori di UU.OO. di degenza, Ufficio infermieristico aziendale, personale di tutti i Presidi ospedalieri dell'ASP

Tempi di attuazione :

Monitoraggio sull'applicazione protocollo aziendale: luglio/dicembre 2012

Report audit: gennaio 2013

Obiettivo

Prevenire l'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati
Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta

Indicatori

Numero di UU.OO che conoscono e applicano la procedura/totale delle UU.OO. $\geq 80\%$

Periodicità della misurazione degli indicatori: semestrale

<p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</p> <p>PIANI DI MIGLIORAMENTO 2012</p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p> <p>DIREZIONE <i>Via Mazzini, 1. 91100 Trapani</i></p>	<p>Codice del documento: All. 001. PAQR</p> <p>Data di emissione: 28/06/2012</p> <p>N° di revisione: 0</p> <p>Pagina 25 di 27</p>
--	--	---

UMANIZZAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

11 OSPEDALE/TERRITORIO SENZA DOLORE

Livello di applicazione: Ospedali e territorio

La diffusione del controllo e del trattamento del dolore (acuto, cronico, procedurale, oncologico, post-operatorio, da parto etc.) rappresenta un obiettivo strategico nella programmazione sanitaria sia nazionale sia regionale. La Regione Sicilia ha recepito e fatte proprie le norme nazionali con il D.A. 3 gennaio 2011: Approvazione del “Programma di sviluppo della rete di terapia del dolore nella Regione siciliana”, prevedendo che per tutelare il diritto del cittadino ad usufruire della terapia del dolore, indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, vengano attivati tutti i nodi della rete sia a livello ospedaliero che territoriale e che siano garantiti adeguati percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi, e che vengano assicurati idonei collegamenti informatici che permettano la comunicazione tra i nodi della rete.

È stato individuato un modello organizzativo integrato nel territorio regionale nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari:

- i centri regionali di riferimento di terapia del dolore (Hub);
- gli ambulatori aziendali di terapia antalgica (Spoke);
- l’aggregazione funzionale territoriale (AFT) di medici di medicina generale (MMG).

Nell’ASP di trapani due sono le strutture che si occupano in maniera specifica di terapia del dolore.

Una presso il presidio ospedaliero di Trapani, come diretta filiazione del Comitato ospedale senza dolore creato nel 2005 e l’altra realizzata contestualmente alla creazione dell’Hospice a Salemi nel 2009.

L’Ambulatorio di Terapia del Dolore sito all’interno del P.O. S. Antonio Abate di Trapani è da diversi anni attivo e tratta pazienti con dolore severo, acuto e cronico, (nevralgie trigeminali, arto fantasma, neuriti post-erpetiche, etc.), con procedure antalgiche anche invasive; vengono inoltre impiantati port-a-cath a diversi pazienti inviati dal reparto di Oncologia, o su richiesta dei reparti di cura. Le cartelle anestesilogiche in uso prevedono una sezione dedicata al monitoraggio e al controllo del dolore postoperatorio ed è in fase di realizzazione un percorso per il parto indolore.

L'Hospice di Salemi presenta all'interno della struttura uno specifico ambulatorio attrezzato per la terapia antalgica, con personale dedicato, erogata sia a pazienti ricoverati, ma anche, e principalmente, ai pazienti nel circuito dell'Assistenza domiciliare, non solo oncologici, insistenti su tutto il territorio aziendale. Per questi pazienti è avviato uno specifico percorso con accesso diretto, che prevede terapia farmacologica ed invasiva specialistica, non solo con impianti di port vascolari, ma anche spinali con confezione di pompe antalgiche. L'ambulatorio esplica attività supportiva in senso lato.

A livello aziendale è già stato effettuato un primo percorso formativo sul dolore, iniziato nel 2010 e completato nel 2011, durato circa sei mesi, rivolto ai MMG (train to trainer) secondo le modalità previste dalle norme ministeriali. I due ambulatori di medicina del dolore in atto funzionanti in questa provincia, pur presentando caratteristiche e finalità diverse sono integrati, costituendo quindi una realtà consolidata e possono essere considerati come la piena realizzazione del progetto "Ospedale/Territorio senza dolore".

Come da **Piano Attuativo Aziendale** si riporta la tabella riepilogativa dell'area " Rete della terapia del dolore: Adesione al programma regionale ospedale- territorio senza dolore e attivazione di percorsi specifici" per l'anno 2012

Risultati attesi ed indicatori	Piano delle azioni	Responsabilità	cronoprogramma
Attivazione n. 2 ambulatori spoke: a)P.O. S. A. Antonio Abate - Trapani b) U.O. Cure Palliative/Hospice Salemi	Procedure per la formalizzazione dell'attivazione degli ambulatori Spoke e relative attribuzione delle risorse organizzative, strutturali ed organiche	Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza, Responsabi UU.OO.SS Hospice e Cure Palliative	31/12/2012
Linee guida trattamento dolore acuto, cronico, postoperatorio, oncologico etc..	Adozione di procedure per il coordinamento della rete / pianificazione di percorsi assistenziali (Informatizzazione e Linee guida)	Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza, Direttore Dipartimento Materno Infantile	31/12/2012
Progettazione e realizzazione corsi formativi per operatori sanitari destinata alla rete	Soddisfacimento del fabbisogno formativo del personale	Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza. Responsabi UU.OO.SS Cure	Avvio corsi maggio 2012

di terapia del dolore	dipendente	Palliative; Formazione e Aggiornamento del Personale	
Valutazione dell'efficacia del trattamento (Customer satisfaction)	Attivazione di 4 corsi di formazione per 30 partecipante a corso destinato al personale operante nella rete.	Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza , Responsabi UU.OO.SS Cure Palliative; Formazione e Aggiornamento del Personale	Avvio novembre 2012
a)Monitoraggio consumo oppiacei b)Utilizzo pompe antalgiche c)Aumento percentuale delle prestazioni erogate.	Elaborazione modelli di valutazione degli esiti , controllo qualità dei servizi erogati attraverso la elaborazione di specifici questionari e rilevazione continua delle attività	Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza; Responsabili UU.OO.SS Hospice e Cure Palliative	