

- originale
- copia controllata _____ N. _____
- copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ
- bozza

Il presente documento é stato predisposto al fine di soddisfare l'obiettivo 4.3, "Miglioramento della qualità per il cittadino", assegnato dall'Assessorato alla Salute alle Aziende Sanitarie e nel quale sono coinvolti ed impegnati i Comitati Consultivi.

Redazione

Alfio Cristaudo, Referente U.O. SQA, **Maria Agata Mangano** Componente U.O. SQA, **Giuseppe Munzone** Componente U.O. SQA

Verifica

Alfio Cristaudo, Referente U.O. SQA

Approvazione

Domenico Barbagallo, Direttore Sanitario

Ratifica

Gaetano Sirna, Commissario Straordinario

Sommario

PREMESSA.....	3
1 SCOPO.....	4
2 CAMPO DI APPLICAZIONE	4
3 RIFERIMENTI.....	4
4 TERMINI E DEFINIZIONI.....	4
5 PIANO DELLE ATTIVITA'.....	5
5.1 Analisi dell'esistente.....	5
5.2 Obiettivi	6
5.3 Strumenti.....	8
5.4 Indicatori.....	8
Indice di revisione.....	9

**Piano di miglioramento della qualità per il cittadino
anno 2012**

Ed. 0 Rev. 00
29 giugno 2012

PREMESSA

Il presente documento é stato predisposto al fine di soddisfare l'obiettivo 4.3, "Miglioramento della qualità per il cittadino", assegnato dall'Assessorato alla Salute alle Aziende Sanitarie e nel quale sono coinvolti ed impegnati i Comitati Consultivi.

Lo standard Joint Commission International QPS.1, del manuale della gestione del rischio clinico della Regione Siciliana adottato con DA del 12 agosto 2011 prevede inoltre che i responsabili del governo e della guida dell'ospedale, debbano partecipare "alla pianificazione e al monitoraggio di programmi per il miglioramento della qualità e per la sicurezza dei pazienti."

Il piano "Miglioramento della qualità per il cittadino anno 2012" é stato redatto dal Referente dell' U. O. Sistema Qualità Aziendale e dai collaboratori attraverso un processo di analisi dei dati provenienti dalle macrostrutture.

- 1** **SCOPO**
- Scopo del presente piano é definire le strategie, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori delle attività relative al miglioramento della qualità relativamente all'anno 2012.
- 2** **CAMPO DI APPLICAZIONE**
- Il presente piano si applica a tutta l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania.
- 3** **RIFERIMENTI**
- D.P.R. 14 gennaio 1997** "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
- D.A. 890/2002** "Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana"
- D.Lgs 229/1999** "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- LEGGE 14 aprile 2009, n. 5.**
"Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale".
- DA 12 agosto 2011** "Approvazione dei nuovi standard Joint Commission International per la gestione del rischio clinico"
- 4** **TERMINI E DEFINIZIONI**
- Approvazione (di un documento)** autorizzazione all'applicazione del documento e definizione della data di entrata in vigore; prevede la valutazione dell'adeguatezza dei contenuti tecnico-operativi dei documenti e della conformità degli stessi alla normativa cogente.
- Consenso informato** Processo con cui il paziente o chi lo rappresenta (genitori, tutore), sulla base delle informazioni ricevute rispetto ai rischi e benefici che derivano dal sottoporsi o meno ad un atto medico, fornisce il suo consenso alla esecuzione delle stesse. Per garantire il "consenso informato" gli operatori debbono fornire le sufficienti informazioni sul trattamento proposto e le alternative possibili per permettere al paziente di esercitare autonomamente e consapevolmente la scelta, che, se del caso, deve essere documentata (forma scritta o prova testimoniale)
- Empowerment del paziente** Processo con cui il paziente viene aiutato ad acquisire consapevolezza circa la propria salute e ad assumerne piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura,

condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti

Monitoraggio

Verifica dell'evoluzione di un fenomeno, attraverso misurazioni ripetute e/o continuative e l'utilizzo di indicatori

Processo

Sequenza di attività interconnesse finalizzate alla realizzazione di un obiettivo definito

Qualità dei servizi sanitari

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

5

PIANO DELLE ATTIVITÀ

5.1

Analisi dell'esistente

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

- I risultati delle on site visit effettuate dagli esperti di JCI presso alcuni Presidi Ospedalieri aziendali;
- I report dell'autovalutazione dei referenti di Presidio del progetto Regione siciliana – JCI;
- Le segnalazioni di eventi sentinella, eventi avversi;
- L'analisi delle denunce di sinistri;
- I reclami e le segnalazioni pervenuti agli Uffici Relazioni con il pubblico dell'Azienda;
- I questionari di qualità percepita;
- Le proposte del Comitato Consultivo Aziendale.

Dall'analisi delle fonti dati sopra citate sono emerse, nell'ambito dei processi assistenziali dell'azienda, alcune criticità da porre sotto controllo al fine di migliorare la gestione dell'intero processo assistenziale e l'azione gestionale. Le criticità emerse costituiranno pertanto le priorità che dovranno essere affrontate nel corso del secondo semestre 2012.

Dalle on site visit effettuate dagli esperti di JCI e dai report di autovalutazione sono emerse criticità nei processi di:

- compilazione cartella clinica;
- consenso informato;
- trasporto e trasferimento dei pazienti,
- applicazione del modello del time-out,
- definizione dei criteri per l'ammissione del paziente in terapia intensiva,

- monitoraggio dei pazienti nella fase di dimissione dalla sala operatoria,
- gestione farmaci.

Dalle denunce dei sinistri sono emerse richieste di risarcimento collegate all'attività di area chirurgica e area emergenza/urgenza (Pronto soccorso).

L'analisi dei processi nella degenza in area medica e chirurgica ha evidenziato inoltre rischi nella:

- gestione della terapia,
- identificazione del paziente,
- rischio trasfusionale,
- rischio di cadute,
- errori di comunicazione,
- attività perioperatoria.

La rilevazione della qualità percepita ha dato ulteriori spunti per la progettazione del miglioramento in relazione alle prestazioni rese dalle Unità Operative dell'Azienda, e più in particolare:

- accoglienza in reparto,
- comportamento del personale,
- comfort alberghiero,
- pulizia, vitto e alloggio.

5.2

Obiettivi

In relazione ai dati analizzati e alle criticità sopra evidenziate, sono stati definiti per l'anno 2012 i seguenti obiettivi di miglioramento della Qualità:

1. identificare con chiarezza l'autore di eventuali annotazioni in cartella clinica, della data e dell'ora;
2. assicurare l'informazione ai pazienti ed ottenerne il consenso informato prima di interventi chirurgici o procedure ad alto rischio;
3. assicurare l'identificazione del sito chirurgico, del paziente da sottoporre ad intervento e la corretta procedura chirurgica (International Patient Safety Goal);
4. assicurare l'esecuzione del time out nelle sale operatorie aziendali;
5. estendere l'utilizzo della scheda unica di terapia a tutte le Unità operative

Aziendali;

6. prevenire la presenza di farmaci scaduti nelle Unità Operative;
7. identificare i farmaci ad alto livello di attenzione;

Gli obiettivi del programma di audit sono stati definiti sulla base:

- della politica aziendale,
- delle priorità di gestione,
- dei requisiti del sistema di gestione per la qualità,

essi pertanto comprendono la verifica:

- dell'adesione agli standard JCI adottati dalla Regione Siciliana con il D.A. dell'11 gennaio 2008 nell'ambito del progetto regione di gestione del rischio clinico;
- delle modalità di gestione della documentazione sanitaria;
- dei requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008 (per le UU. OO. con SGQ certificato)
- dell'adesione dell'organizzazione alle procedure ed istruzioni operative relative al miglioramento della sicurezza dei pazienti:
 - identificazione del paziente;
 - identificazione del lato del sito chirurgico;
 - prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci;
 - prevenzione del rischio di caduta del paziente;
 - modalità di esecuzione dell'emotrasfusione;
 - registrazione dell'attività di sanificazione e di sterilizzazione in sala operatoria;
 - time-out in sala operatoria.
- Procedure organizzative ed assistenziali attraverso un processo di:
 - redazione condivisa, che tenga conto delle migliori evidenze scientifiche, di modelli di buona pratica clinica ed organizzativa,
 - approvazione da parte di chi ha l'autorità,
 - diffusione tra gli operatori,
 - monitoraggio dei risultati.

5.3

Strumenti

Formazione

La formazione, già svolta negli anni precedenti con programmi su metodi e strumenti per la qualità, prevede la costituzione e formazione di un gruppo di auditor del sistema Qualità mediante un percorso formativo specifico che faccia riferimento alle norme UNI EN ISO 9001:2008 e UNI EN ISO 19011:2011.

Audit

L'audit ha il significato di valutazione della misura del livello di soddisfazione dei requisiti del sistema di gestione per la qualità, ed i risultati sono utilizzati per misurare l'efficacia del sistema medesimo e per individuare opportunità di miglioramento, rappresentando una fase al ciclo del miglioramento continuo.

5.4

Indicatori

- Obiettivo n° 1: n° delle valutazioni in cui è identificabile l'autore, la data e l'ora di eventuali annotazioni / n° di valutazioni esaminate;
risultati attesi: > 50%
- Obiettivo n° 2: completezza della compilazione delle schede di consenso informato /totale schede di consenso informato valutate nel corso dell'audit;
risultati attesi: > 90%
- Obiettivo n° 3: n° pazienti identificati secondo la procedura/totale dei pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico;
risultati attesi: 90%
- Obiettivo n° 4: n° di schede di time-out compilate / totale dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico;
risultati attesi: > 50%
- Obiettivo n° 5: n° di UU.OO. che hanno adottato la Scheda Unica di Terapia/totale delle UU.OO. Aziendali
risultati attesi: > 50%
- Obiettivo n° 6: n° di UU.OO. che presentano farmaci scaduti / totale UU.OO. Aziendali;
risultati attesi: 0%
- Obiettivo n° 7: n° di Unità Operative che hanno definito l'elenco dei farmaci ad alto livello di attenzione / Totale delle Unità Operative Aziendali;
risultati attesi: > 50%
- n° di Unità Operative che conservano correttamente le soluzioni concentrate di potassio / Totale delle Unità Operative Aziendali;
risultati attesi: > 90%



Direzione Generale
U.O. Sistema Qualità

Piano di miglioramento della qualità per il cittadino
anno 2012

PGQ-UOQualità-4-01

Ed. 1 Rev. 00
29 giugno 2012

Indice di revisione

Motivo della revisione

Data



Direzione Generale
U.O. Sistema Qualità

Piano di miglioramento della qualità per il cittadino
anno 2012

PGQ-UOQualità-4-01

Ed. 1 Rev. 00
29 giugno 2012

Redazione

data

Alfio Cristaudo

Referente U.O. SQA

Maria Agata Mangano

Componente U.O. SQA

Giuseppe Munzone

Componente U.O. SQA

Verifica

Data

Alfio Cristaudo

Referente U.O. SQA

Approvazione

Data

Domenico Barbagallo

Direttore Sanitario

Ratifica

Data

Gaetano Sirna

Commissario Straordinario
