






 <p>SISIFO CONSIGLIO REGIONALE DEI COOPERATIVI SICILIANI</p>	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

INDICE

1.	SCOPO	2
2.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
3.	RESPONSABILITA'	2
4.	PREMESSA.....	3
5.	ATTUALI ORIENTAMENTI IN TEMA DI QUALITA' E RISCHIO CLINICO.....	3
5.1	Il Ministero della Salute.....	4
5.2	La Regione Sicilia	4
5.3	Le Società scientifiche ed istituzioni internazionali dedicate alla qualità dell'assistenza.....	4
5.4	Normativa, bibliografia, riferimenti utilizzati per l'elaborazione del Piano	4
6.	NORMATIVA REGIONE SICILIA	7
7.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA CONSULTATA E/O CONSIGLIATA	8
8.	OBIETTIVI DEL PIANO AZIENDALE PER LA QUALITA' E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	10
8.1	OBIETTIVO n.1: SICUREZZA DEI PAZIENTI:	10
8.2	OBIETTIVO n.2: EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	17
8.3	ALLEGATI: schede dei progetti per la realizzazione di ciascun obiettivo ...	21
9.	FORMAZIONE RISORSE DELLA CENTRALE OPERATIVA	36
10.	MONITORAGGI	36

REV.	EMESSO DA DS		VERIFICATO DA RQ		APPROVATO DA DS	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	04.05.2022		04.05.2022		04.05.2022	
01	23.02.2023		24.02.2023		24.02.2023	

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	---	---

1. SCOPO

Il Piano aziendale per la gestione del rischio clinico (DR.GRC.01 Piano Rischio Clinico) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. Il governo della gestione del rischio clinico richiede un approccio complessivo di sistema, che consideri non solo la rilevazione degli eventi avversi accaduti, ma assicuri l'affidabilità al sistema, controllando i processi in modo proattivo garantendo un impegno costante da parte del personale per la sicurezza del paziente, il coinvolgimento di tutti gli stakeholder e la ricerca costante del miglioramento del sistema, adottando anche modalità di monitoraggio e valutazioni adeguate.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE


Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

3. RESPONSABILITÀ

La Direzione Sanitaria ha la responsabilità della redazione e della verifica dell'attuazione del Piano di rischio clinico.

Nell'elaborazione del presente Piano si è partiti dall'analisi delle politiche aziendali in materia di miglioramento della qualità e della sicurezza dei servizi erogati. Le principali componenti del sistema su cui vengono impiegate le azioni di gestione del rischio clinico saranno le seguenti:

- Sistema di segnalazione (Scheda Informatizzata Incident Reporting)
- Mappatura dei rischi (PR.RIS.6.1 Analisi dei rischi e delle opportunità)
- Misure di prevenzione relativamente ai rischi principali (DR.RIS.01 Analisi dei rischi Processo assistenziale)
- Procedure di gestione degli eventi avversi (PR.GRC.8.5.02 Segnalazione e gestione eventi avversi)
- Sviluppo della cultura della sicurezza attraverso la crescita nella competenza e nella partecipazione (PR.GRC.8.5.03 Comunicazione eventi avversi)
- Coinvolgimento del paziente, delle famiglie, delle associazioni
- Cruscotto degli indicatori (Piano della Qualità)

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023
---	---	--

4. PREMESSA

La sicurezza dei pazienti è uno dei requisiti fondamentali, insieme all'efficacia e all'appropriatezza, dei processi di cura e di assistenza. Non è possibile infatti parlare di qualità, cioè conformità del sistema di erogazione a quanto progettato e quindi di capacità dei processi di raggiungere gli obiettivi stabiliti, se la sicurezza del paziente non è considerata come un prerequisito di ogni organizzazione sanitaria.

La Legge 24/2017 conosciuta come Legge Gelli - Bianco, paradigma della sicurezza delle cure, cita in premessa:

- 1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.***

- 1. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.***

- 2. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.***


Ciò va tenuto presente in fase di progettazione delle prestazioni sanitarie, prendendo tutte le precauzioni organizzative ed operative più idonee finalizzate a ridurre il più possibile la probabilità del verificarsi di un errore umano e l'eventuale danno arrecato alla persona che riceve le cure.

La risposta ai problemi suddetti deve considerare un approccio globale ed essere coerente con gli obiettivi che gli organi sovraordinati, il Ministero della Salute e l'Assessorato alla salute della Regione Sicilia tramite i requisiti dell'Accreditamento Istituzionale hanno indicato anche alla cure domiciliari integrate gli obiettivi che sono finalizzati a garantire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate nel massimo della sicurezza possibile per il paziente.

Lo scopo del presente piano è il perseguimento di tali obiettivi attraverso altrettanti piani di miglioramento che coinvolgono trasversalmente tutte le professionalità aziendali (medici, infermieri, tecnici, amministrativi ecc) e sono in sintonia con i requisiti dell'accreditamento istituzionale della Regione Sicilia.

5. ATTUALI ORIENTAMENTI IN TEMA DI QUALITA' E RISCHIO CLINICO

In materia di qualità e rischio clinico, gli organi istituzionali, nazionali e regionali in accordo con varie Associazioni scientifiche hanno fornito, numerosi contributi, direttive, atti di governo clinico, raccomandazioni a diverso grado di cogenza. Di seguito, vengono richiamati quelli più significativi, riferendosi ai quali è possibile inquadrare il rationale degli obiettivi che il presente Piano intende perseguire.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITÀ E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023
---	--	--

5.1 Il Ministero della Salute

A partire dal 2005, il Dipartimento della qualità del Ministero della salute ha emanato il **Protocollo per il Monitoraggio degli eventi sentinella** (ultima edizione aggiornata al luglio 2009), **19 Raccomandazioni** per gli operatori, sollecitate spesso gravi eventi sentinella realizzatisi sul territorio nazionale, finalizzate a ridurre gli errori nella pratica clinica/assistenziale individuando modalità comportamentali atte a ridurre le probabilità del verificarsi di eventi avversi di particolare gravità. Ad esse si sono aggiunti due successivi **Rapporti nazionali sull'incidenza degli eventi avversi in Italia** (vedi bibliografia).

5.2 La Regione Sicilia

Numerosi decreti dell'Assessorato Regionale per la Sanità, contengono importanti direttive in materia di governo clinico della qualità delle cure, della loro appropriatezza ed in materia di gestione del rischio clinico. Dal rispetto di tali direttive, dettagliatamente elencate nella bibliografia e nella sitografia, scaturiscono gli obiettivi e le conseguenti attività descritte nel presente Piano Operativo.

Con DA N.875 del 03 settembre 2021 la Regione Sicilia ha emanato i criteri per l'Accreditamento Istituzionale delle cure domiciliari integrate dedicando un intero capitolo, il 6, all'appropriatezza ed alla sicurezza delle cure.

5.3 Le Società scientifiche ed istituzioni internazionali dedicate alla qualità dell'assistenza.


Nel corso degli ultimi anni sono state divulgate da Società scientifiche, che promuovono la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria, alcune raccomandazioni in tema di Qualità e di Risk Management. In particolare sono state considerate quelle proposte dalla SIQuAS-VRQ (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria); le iniziative dell'IPASVI, i principi della "Carta di Portonovo" della SIQuAS-VRQ, gli Standard della Joint Commission International, vero e proprio Manuale d'uso per la qualità e la sicurezza delle cure domiciliari Edizione del 2019. Tali strumenti conoscitivi di riferimento, se applicati, attraverso azioni specifiche, possono determinare nell'immediato l'affidabilità e la maggiore sicurezza dei trattamenti diagnostico-terapeutici effettuati nella nostra Azienda, implementando virtuose attività di prevenzione dei rischi per i pazienti trattati e conseguentemente dei costi sostenuti, diretti ed indiretti.

Particolare attenzione va data alla attività della **Joint Commission International**, in considerazione anche del fatto che alcuni importanti **obiettivi internazionali per la sicurezza** (la corretta identificazione del paziente; l'eliminazione dell'intervento chirurgico in sede sbagliata, in paziente sbagliato, con la procedura errata) indicati dalla Joint Commission International per assicurare/incrementare la sicurezza del paziente e delle cure, **fanno parte degli Standard** che in alcune regioni tutte le aziende sanitarie sono tenute a soddisfare,

5.4 Normativa, bibliografia, riferimenti utilizzati per l'elaborazione del Piano

5.4.1 Linee Guida Rischio Clinico


- 1) Risk management in Sanità. Il problema degli errori, Ministero della Salute, Roma marzo 2004.
- 2) Le 19 raccomandazioni Ministeriali per la Gestione del Rischio Clinico.

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	---	---


- 3) Raccomandazioni sulla gestione del rischio 2006 della SIQuAS-VRQ - Società italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria.
- 4) Ministero della salute: i nuovi livelli essenziali di assistenza
- 5) Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità (giugno 2011)
- 6) Intesa Governo-Regioni sul rischio clinico e sicurezza delle cure
- 7) Ministero della salute: protocollo per la segnalazione degli eventi sentinella
- 8) La Carta di Portonovo
- 9) Raccomandazioni della SIQuAS sulla gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti
- 10) Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori
- 11) Legge Bianco Gelli
- 12) Manuale RCA (Root Cause Analysis)
- 13) Manuale "L'Audit clinico"
- 14) Manuale di formazione per il Governo clinico: appropriatezza
- 15) Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist
- 16) Manuale Safety Walk around
- 17) Qualità e sicurezza delle cure nell'uso dei farmaci. Raccomandazioni, Integrazione e Formazione
- 18) Manuale "Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure negli Ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia"
- 19) Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari
- 20) Risk management in Sanità. Il problema degli errori (2004)

5.4.2 Normativa e Linee guida Cure Domiciliari

- 21) Linee Guida Organizzative Contendenti Il Modello Digitale Per L'attuazione Dell'assistenza Domiciliare
- 22) Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio
- 23) Protocollo operativo dell'assistenza domiciliare integrata (Regione Emilia Romagna)
- 24) Legge n. 833/1978: l'art.25 della legge istitutiva del SSN prevede che le prestazioni specialistiche possano essere erogate anche al domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri.
- 25) Progetto Obiettivo "Tutela Della Salute degli Anziani 1991-1995": definisce le caratteristiche funzionali ed organizzative essenziali per garantire gli standard assistenziali minimi per gli assistiti in ADI. Nel quinquennio, il progetto prevedeva di trattare in ADI 140.000 anziani, con un costo per assistito di lire 12.400.000 annui (9 milioni per la parte sanitaria e 3,4 per la parte socio-assistenziale), con una spesa globale annua di 135 miliardi di lire nel 1991, 180 miliardi nel 1992 e 225 miliardi nel 1993.
- 26) D.Lgs n.502/1992 e s.m.i.: L'ADI è indicata tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti sociosanitari (art. 3-quinquies) e le prestazioni domiciliari fra quelle possibile oggetto dei fondi integrativi del SSN, ovvero i fondi volti a favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal SSN attraverso i LEA (art. 9).

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	---	---


- 27) Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: Il PSN 1998-2000 prevede la necessità di garantire, fin quando possibile, la permanenza a casa delle persone malate croniche non autosufficienti fornendo cure domiciliari, interventi di sostegno alle famiglie, assistenza domiciliare integrata che favoriscano il concorso della famiglia e della rete sociale del paziente. L'ADI è considerata una delle forme assistenziali alternative al ricovero in quanto rispondente ai criteri di efficacia, economicità e umanizzazione ed è in grado di assicurare la riduzione degli sprechi derivanti dalle cronicità evitabili.
- 28) D.Lgs. n. 229/99: Cfr. D.Lgs n.502/1992
- 29) DPR 28 luglio 2000, n. 270: Il DPR regola la complessiva riorganizzazione della Medicina Generale nell'ambito del riordino del SSN. L'allegato H disciplina il ruolo del MMG nell'ADI, declinando le prestazioni, i destinatari, le procedure per l'attivazione e sospensione, il trattamento economico e la documentazione/riunioni periodiche/verifiche.
- 30) Il DPR, evidenziando il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento dalle patologie cronico-degenerative, sottolinea l'importanza che gli accordi regionali siano prioritariamente indirizzati a dare impulso allo sviluppo e alla diffusione sul territorio dell'assistenza domiciliare, in particolare dell'ADI e di nuove forme di assistenza residenziale e/o semiresidenziale in alternativa al ricovero ospedaliero.
- 31) Legge n. 328/2000: Prevede che il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali determini ogni anno una quota economica esplicitamente destinata al sostegno domiciliare di persone anziane non autosufficienti, con particolare riferimento a "progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare".
- 32) DPCM 14.2.2001: Definisce le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria precisandone i criteri di finanziamento da parte delle Aziende Sanitarie Locali e dei Comuni.
- 33) DPCM 29.11.2001: Nel definire i Livelli Essenziali di Assistenza, il DPCM inserisce l'ADI nell'ambito dell'assistenza distrettuale, in particolare all'interno dell'assistenza territoriale programmata a domicilio (Allegato 1, Livello 2 G, comma 1).
- 34) Piano Sanitario Nazionale 2001-2003; 2003-2005; 2006-2008: I Piani successivi alla definizione dei LEA confermano al distretto il ruolo di coordinamento di tutte le attività extra-ospedaliere (di assistenza sanitaria di base e specialistiche, di assistenza sanitaria a rilevanza sociale ed a elevata integrazione sociosanitaria), esplicitando che «l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari» in quanto «la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione».
- 35) Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei LEA 18.10.2006: L'elevata disomogeneità delle prestazioni domiciliari (sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento) ha portato alla necessità di effettuare una nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio al fine di specificare:
- 36) 1. La caratterizzazione dei profili di cura domiciliari per livelli differenziati in funzione della natura del bisogno, dell'intensità, della complessità, della durata media e delle fasce

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari; 2. L'individuazione delle principali prestazioni domiciliari per profilo e per figura professionale; 3. La definizione di criteri omogenei di eleggibilità; 4. L'individuazione di un set minimo di indicatori; 5. La valorizzazione economica dei profili di cura (Costo Medio Mensile) e la stima del costo pro capite per residente.

- 37) DPCM 23.04.2008 (ritirato): Questo DPCM di revisione dei LEA avrebbe recepito il lavoro della Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei LEA, prevedendo la articolazione delle cure domiciliari come riportato sopra (art. 22). Non è però mai stato pubblicato in Gazzetta per problemi relativi alla copertura economica.
- 38) DM 17.12.2008: L'istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) è il risultato di un lungo percorso di condivisione ed approfondimento sul tema, iniziato nel 2003 nell'ambito "Programma Mattoni del SSN" (Mattone 13 - Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari). Il decreto disciplina la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare, e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).
- 39) Patto per la Salute 2014/2016: Prevede il rafforzamento dell'ADI in vari contesti, in primis quello relativo all'umanizzazione delle cure (art. 4). Inoltre, l'art. 5, che definisce l'assistenza territoriale, in particolare i nuovi modelli multi-professionali e interdisciplinari (Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP, e Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT), richiede alle Regioni di provvedere a definire per le persone in condizione di stato vegetativo e di minima coscienza soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali unità di accoglienza permanente. Infine, il patto, al fine di migliorare la distribuzione delle prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti, prevede all'art. 6 - "Assistenza Socio-Sanitaria" - che le Regioni, in relazione ai propri bisogni territoriali, adottino/aggiornino progetti di attuazione del "punto unico di accesso", della valutazione multidimensionale e del piano delle prestazioni personalizzato. Il patto recepisce anche l'impegno delle regioni ad armonizzare i servizi socio sanitari, individuando standard minimi qualificanti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie.
- 40) DPCM 12 gennaio 2017 ("Definizione e aggiornamento dei LEA"): All'art. 22 definisce le cure domiciliari integrate di I, II e III livello, esplicitando la loro integrazione con prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (comma 4) e da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.


6. NORMATIVA REGIONE SICILIA

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. GURI 17 marzo 2017 n. 64
- Decreto 11 agosto 2014 - Raccomandazioni Regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per un evento cardiologico. GURS 29 agosto 2014 n. 36
- Decreto 27 dicembre 2013 - Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico. GURS 24 gennaio 2014 n. 4
- Decreto 27 dicembre 2013 - Indirizzi regionali sulla formazione dei professionisti sanitari in tema di Root Cause Analysis, Audit clinico e PNE. GURS 24 gennaio 2014 n. 4
- Decreto 31 ottobre 2013 - Approvazione del Programma regionale per l'attuazione degli interventi operativi per la sicurezza dei pazienti: monitoraggio degli eventi sentinella e implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti. GURS 29 novembre 2013 n. 53
- Decreto 28 dicembre 2011 - Istituzione del comitato aziendale valutazione sinistri - G.U.R.S. 13 gennaio 2012 n. 2 (pag. 61)
- Decreto 28 dicembre 2010 Approvazione del documento "Il sistema regionale di valutazione della qualità percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologie e strumenti"
- Decreto 23 dicembre 2009 - GURS 22 gennaio 2010 n. 3 Istituzione del flusso informativo SIMES ed individuazione dei referenti aziendali per il rischio clinico"
- Decreto 11 dicembre 2009 - GURI 12 gennaio 2010 n. 8 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
- Decreto 22 febbraio 2006 - GURS 31 MARZO 2006 N. 16 Istituzione del Centro di coordinamento regionale quale cabina di regia tecnica per le attività relative alla sicurezza dei pazienti ed alla gestione del rischio clinico.
- Decreto 11 gennaio 2008 - GURS 15 Febbraio 2008 n. 8 Approvazione degli standard per la gestione del rischio clinico per le strutture ospedaliere e le centrali operative SUES 118
- Decreto 13 settembre 2006 - GURS 6 Ottobre 2006 n. 4 Linee guida per la gestione del consenso informato ai fini dell'accreditamento istituzionale delle attività sanitarie - Indirizzi operativi per le strutture pubbliche e private della Regione siciliana e glossario dei termini utilizzati nell'ambito delle procedure per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico
- Decreto 5 ottobre 2005 - GURS 14 ottobre 2005 n. 44 Costituzione, presso le aziende sanitarie della Regione, le aziende policlinico e le case di cura private, del comitato per il rischio clinico nell'ambito delle strutture operatorie.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA CONSULTATA E/O CONSIGLIATA

- 1) www.ministerosalute.it

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	---	---

- 2) www.assr.it
- 3) www.jointcommission.org
- 4) www.siquas.it
- 5) <http://groups.google.it/group/unita-Operativa-per-la-qualità-e-la-sicurezza-del-paziente>
- 6) <http://www.agenas.it/>


Il Contesto Aziendale

Il Consorzio si pone come un'organizzazione in rete che punta sulla sinergia delle sue socie, oltretutto sulla sua capacità di radicamento nella comunità locale di riferimento. Ciò attraverso un'organizzazione sistemica snella e capace di trasformare istanze sociali in valore per le imprese associate e per i principali stakeholders. Intende operare per garantire la crescita e lo sviluppo delle cooperative socie ed affermare il ruolo dell'imprenditorialità sociale per uno sviluppo sostenibile e si propone come organizzazione che apprende per innovare continuamente servizi, processi, culture e persone impegnate. Essere punti d'incontro tra la qualità del servizio, la fruizione da parte dei soci e l'accessibilità per la comunità.

Prioritario impegno del Consorzio è gestire, sia direttamente sia congiuntamente o tramite cooperative socie, i lavori di cui alla legge 381/91 ed a titolo esemplificativo:

- Comunità alloggio per minori;
- Centri di aggregazioni giovanili;
- Servizi di animazioni territoriali;
- Comunità terapeutiche per soggetti tossicodipendenti;
- Comunità alloggio per portatori di handicap fisici e psichici;
- Centri diurni e di accoglienza per portatori di handicap fisici e psichici;
- Servizi di assistenza domiciliare;
- Centri diurni per anziani e minori;
- Gestione di strutture protette per anziani, minori e disabili;
- Gestione di residenze sanitarie assistenziali (RSA);
- Attività di inserimento lavorativo e di lavoro con presenza di soggetti svantaggiati realizzato attraverso la gestione di unità produttive di tipo artigianale, industriale, agricolo e commerciale;
- Attività di recupero di soggetti socialmente svantaggiati anche organizzate attraverso strutture comunitarie semi-residenziali e residenziali;
- Attività di telesoccorso;
- Attività di asili nido;

Le attività sino ad oggi espletate dal consorzio hanno permesso di acquisire competenze ed esperienze notevoli nel campo socio-sanitario, nonché di creare uno staff di figure professionali qualificate e di consolidata esperienza. Allo stato attuale nel consorzio per l'espletamento delle proprie attività sono impiegate varie figure professionali quali: medici, infermieri, terapisti della

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

riabilitazione, logopedisti, psicologi, assistenti sociali, oss / osa coordinatori dei servizi amministrativi etc., tutti di elevata competenza e professionalità.

In Sicilia nel 2008, sono stati assistiti in Assistenza Domiciliare circa 16.000 persone con più di 64 anni su una popolazione di 900.000 persone circa. L'attività fin qui operata, come risulta dalle verifiche effettuate, è in crescita e può attestarsi su un incremento del valore percentuale fino all' 1,1 % circa della popolazione anziana presente nel territorio regionale. Il POA prevede di arrivare al 3,3%.

La sede naturale di svolgimento dell'attività "ADI" si sviluppa nell'ambito dei Distretti Sanitari e delle relative strutture, le Unità Operative Distrettuali.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) assicura un'assistenza continua, programmata e coordinata, fornita direttamente al domicilio del paziente. E' rivolta quasi esclusivamente agli anziani, ai disabili e a coloro che, colpiti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata (parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti), necessitano di un'assistenza continuativa.

Gli interventi assistenziali possono essere di tipo sociale (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, disbrigo di pratiche amministrative, etc..) o di tipo sociosanitario (sostegno psicologico, attività riabilitative, assistenza infermieristica, etc...).All'ADI si accede attraverso il proprio medico curante o i PUA (Punti Unici di Accesso), presenti nei diversi PTA, a seguito di dimissioni, protette o facilitate, da ricovero ospedaliero o da altra struttura sanitaria o socioassistenziale regionale.

Il presente piano si applica a tutte le attività sanitarie del consorzio salvo l'individuazione di obiettivi specifici indicati singolarmente


8. OBIETTIVI DEL PIANO AZIENDALE PER LA QUALITA' E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il Piano aziendale rischio clinico (PRC)individua due macroaree coerenti con i principi della Sicurezza e della Qualità delle Cure così come indicate nella legge 24 che ne ha fatto oggetto di specifiche normative di riferimento alle cure dei pazienti in tema di:

- Sicurezza
- Efficacia ed Appropriatezza

8.1 OBIETTIVO n.1: SICUREZZA DEI PAZIENTI:

- 1) Diffusione e implementazione 19 raccomandazioni del Ministero della Salute
- 2) Implementazione Standard Joint Commission essenziali per la sicurezza delle cure domiciliari
- 3) Monitoraggio On site dei 6 Standard Joint Commission IPSG (International Patient Safety Goal)
- 4) Attività Comitato Valutazione Gestione Sinistri (CVGS)

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023
---	---	--

5) Lotta alle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza)

1) Diffusione e implementazione raccomandazioni del Ministero della Salute:

Le Raccomandazioni del Ministero della Salute, per quelle pertinenti le attività della casa di cura, sono uno strumento essenziale come punto di riferimento delle buone pratiche da applicare ai percorsi clinico organizzativi. Ciascuna delle Raccomandazioni contiene i principi essenziali per la prevenzione di errori che potrebbero avere anche conseguenze gravissime. Regolamenti, Procedure ed Istruzioni Operative Aziendali sono redatti in coerenza con le stesse al fine di allineare il Consorzio alle direttive nazionali e, per quelle promulgate, alle indicazioni operative della Regione Sicilia.


In particolare sono state individuate come obiettivi per la sicurezza per questo PRC le Raccomandazioni:

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE

n.4	Prevenzione del suicidio di paziente
n.5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
n.7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
n.9	La prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
n.12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"
n.13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente
n.17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica
n.18	Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli

2) Gli Standard Joint Commission per la sicurezza delle cure

Il Consorzio SISIFO, allineandosi a precedenti esperienze nazionali ha individuato alcuni tra gli Standard JCI che intercettando gran parte delle aree assistenziali aziendali a particolare rischiosità non trascurano anche aree a carattere tipicamente amministrativo che potrebbero influire sulla sicurezza dell'erogazione delle cure domiciliari. Il metodo consente la misurabilità del raggiungimento degli Standard (definibili come "*comportamenti attesi*") ne deriva l'identificazione di piani di miglioramento specificamente mirati nel caso gli stessi non fossero raggiunti. Il gruppo è attivo nella valutazione continua del rispetto di tali Standard anche

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023
---	---	--

utilizzando tecniche bottom-up (autovalutazione periodica), integrate da “On Site Visit” (verifiche sul campo), atte a creare consapevolezza tra gli operatori. Allo scopo di condividere metodi ed obiettivi sono previsti cicli di formazione del personale atti a creare un clima culturale specificamente rivolto alla sicurezza delle cure.

Di seguito si riportano le Aree oggetto dell’applicazione della metodica, l’acronimo Internazionale di riferimento e la numerosità di Standard oggetto di verifica e conseguimento):


Standard	Acronimo	Numerosità	Elementi Misurabili
International Patient Safety Goal	IPSG	6	24
Accesso Assistenza / Continuità delle cure	ACC	6	25
Diritti dei pazienti	PFR	5	11
Valutazione clinica	AOP	16	21
Cure del Paziente	COP	5	13
Gestione e utilizzo farmaci	MMU	9	34
Qualità / Sicurezza	QPS	5	21
Qualifiche / Formazione	SQE	10	44
Comunicazione / Informazioni	MCI	4	18

International Patient Safety Goal (IPSG: 6 Standard)

Lo scopo degli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente è di promuovere miglioramenti specifici

nell’area della sicurezza del paziente. Gli obiettivi evidenziano infatti alcune aree problematiche dell’assistenza sanitaria e ne descrivono delle soluzioni condivise dagli esperti ed *evidence-based*. Partendo dalla premessa fondamentale che una solida progettazione dei sistemi deve essere intrinseca all’erogazione di un’assistenza sanitaria sicura e di qualità elevata, gli obiettivi si concentrano in linea di massima sulle soluzioni sistemiche, laddove possibile.

IPSG.1	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente.
IPSG.2	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'efficacia delle comunicazioni tra gli operatori.
IPSG.3	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio.
IPSG.4	L'organizzazione elabora un metodo per garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta.
IPSG.5	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria.
IPSG.6	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023
---	---	--

Diritti dei pazienti (PFR: 5 Standard)

La leadership è primariamente responsabile di come una struttura tratta i pazienti. Questo significa che la leadership deve conoscere e comprendere i diritti del paziente e dei familiari e i doveri dell'organizzazione, così come definiti dalla legislazione e dalle normative vigenti. La leadership indica anche una condotta per i responsabili dei reparti/servizi per garantire che tutto il personale dell'organizzazione si assuma le proprie responsabilità in merito alla tutela dei diritti del paziente. Al fine di tutelare e promuovere in modo efficace i diritti dei pazienti, la leadership si adopera per cercare di identificare le proprie responsabilità in relazione al territorio servito dall'organizzazione.

PFR.1.4	I pazienti sono salvaguardati da ogni forma di violenza fisica.
PFR.1.5	I bambini, i disabili, gli anziani e le altre categorie a rischio ricevono idonea protezione.
PFR.6	Il consenso informato del paziente è acquisito attraverso un processo definito dall'organizzazione e implementato da personale addestrato, con un linguaggio comprensibile dal paziente.
PFR.6.4	Il consenso informato è acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emoderivati e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio.
PFR.6.4.1	L'organizzazione redige un elenco delle categorie o delle tipologie di trattamenti e procedure che richiedono un consenso informato specifico.

Cure del Paziente (COP: 5 Standard)

La responsabilità più importante in capo a un'organizzazione sanitaria e al suo personale consiste nel fornire cure e prestazioni sicure ed efficaci a beneficio di tutti i pazienti, il che richiede collaborazione, comunicazione efficace e processi standardizzati atti a garantire che la pianificazione, il coordinamento e l'attuazione delle cure supportino e soddisfino i bisogni unici e gli obiettivi individuali di ogni singolo paziente.

L'erogazione delle cure e delle prestazioni deve essere coordinata e integrata ad opera di tutti i professionisti che prendono in carico il paziente. Con la collaborazione del paziente e dei familiari, questi professionisti garantiscono quanto segue declinato negli standard

COP.2.2	I professionisti autorizzati a prescrivere annotano le prescrizioni nell'apposito spazio della cartella clinica.
COP.2.3	Le procedure eseguite sono documentate in cartella clinica.
COP.3.1	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti in emergenza.*
COP.3.3	Politiche e procedure guidano la movimentazione, l'uso e la somministrazione di sangue ed emoderivati.*
COP.3.7	Politiche e procedure guidano il ricorso alla contenzione e l'assistenza dei pazienti sottoposti a contenzione.



DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE
PIANO AZIENDALE QUALITÀ E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO
2022 - 2023

Codice documento:
DR.GRC.01
Emesso 04.05.2022
Rev. 01
Del 24.02.2023

Gestione e utilizzo farmaci (MMU: 9 Standard)


Per **farmaco** si intende qualsiasi medicinale soggetto a prescrizione medica; campioni di specialità medicinali; rimedi fitoterapici; vitamine; nutraceutici; medicinali da banco; vaccini; mezzi di contrasto e altre sostanze utilizzate o somministrate a scopo di diagnosi, trattamento o prevenzione di patologie o disturbi;

I farmaci sono una componente critica della cura fornita ai pazienti e sono utilizzati per il trattamento diagnostico, sintomatico, preventivo, curativo e palliativo e per la gestione di malattie e patologie.

Un sistema per una gestione ottimale dei farmaci deve prevedere al suo interno anche i processi a supporto di un utilizzo sicuro ed efficace delle terapie farmacologiche. L'utilizzo sicuro ed efficace dei farmaci richiede un impegno coordinato e multidisciplinare dei professionisti sanitari che sono coinvolti nell'applicazione dei principi di progettazione, implementazione e miglioramento dei processi a tutti gli aspetti del processo di gestione dei farmaci, ovvero:

- *la selezione,*
- *l'approvvigionamento,*
- *la conservazione,*
- *la prescrizione/richiesta,*
- *la trascrizione,*
- *la distribuzione,*
- *la preparazione,*
- *la dispensazione,*
- *la somministrazione,*
- *la documentazione*
- *il monitoraggio delle terapie farmacologiche.*

MMU.3	I farmaci sono conservati in modo appropriato e sicuro.
MMU.3.2	I farmaci per le emergenze sono disponibili, presidiati e al sicuro se conservati fuori dalla farmacia.
MMU.4	La prescrizione, l'ordinazione e la trascrizione dei farmaci sono guidate da politiche e procedure.
MMU.4.1	L'organizzazione definisce gli elementi per la completezza delle prescrizioni o richieste di terapia farmacologica e quali prescrizioni sono considerate accettabili.
MMU.4.2	L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a prescrivere od ordinare i farmaci.
MMU.5.2	È in uso un sistema di dispensazione dei farmaci nella giusta dose per il paziente giusto al momento giusto.
MMU.6.1	La somministrazione dei farmaci prevede un processo atto a verificare la correttezza del farmaco rispetto alla prescrizione dello stesso.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITÀ E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023
---	--	--

MMU.6.2	Politiche e procedure regolano la gestione dei farmaci introdotti nell'organizzazione a scopo di autosomministrazione o come campioni di specialità medicinali*
MMU.7.1	Gli errori di terapia, compresi i “near miss”, sono segnalati con un processo e nei tempi stabiliti dall'organizzazione.

Qualità / Sicurezza (QPS: 5 Standard)

Qualità e sicurezza sono radicate nel lavoro quotidiano di tutto il personale.

È essenziale per un'organizzazione sanitaria dotarsi di un quadro di riferimento a supporto del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza del paziente.

Poiché il personale clinico valuta i bisogni dei pazienti ed eroga le cure, il perseguimento del raggiungimento di standard misurabili può aiutarli a comprendere come apportare reali miglioramenti della cura al fine di fornire un servizio migliore ai pazienti e di ridurre i rischi.

In questo stesso quadro è altresì possibile inserire i tradizionali programmi di misurazione, come quelli per gli eventi inattesi (*risk management*)

Nel tempo, con il progressivo raggiungimento degli standard sottoelencati la SISIFO potrà:

- sviluppare un maggiore sostegno della leadership a favore di un programma trasversale a tutta l'organizzazione;
- formare e coinvolgere più personale nelle attività del programma;
- stabilire priorità più chiare riguardo che cosa misurare;
- basare le decisioni sui dati della misurazione;
- realizzare miglioramenti sulla base del confronto con altre organizzazioni, a livello nazionale e internazionale.

QPS.1	I responsabili del governo e della gestione dell'organizzazione sanitaria partecipano alla pianificazione e alla misurazione di un programma per il miglioramento della qualità e per la sicurezza del paziente
QPS.3.1	I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori clinici chiave per le singole strutture, processi ed esiti clinici dell'organizzazione
QPS.3.3	I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori chiave per ogni singolo Obiettivo internazionale per la sicurezza del paziente
QPS.6	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per identificare e gestire gli eventi sentinella
QPS.8	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per l'identificazione e l'analisi dei near miss

Qualifiche / Formazione (SQE: 10 Standard)

Un'organizzazione sanitaria necessita di un numero variegato e idoneo di persone qualificate ed esperte per adempiere alla propria mission e soddisfare i bisogni dei pazienti.

Le modalità migliori di assunzione e valutazione del personale e di assegnazione degli incarichi si svolgono tramite un processo coordinato, al tempo stesso efficiente e uniforme. È inoltre




DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE
PIANO AZIENDALE QUALITÀ E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO
2022 - 2023

Codice documento:
DR.GRC.01
Emesso 04.05.2022
Rev. 01
Del 24.02.2023

Essenziale documentare le capacità, le conoscenze, la formazione e le precedenti esperienze lavorative dei candidati. In particolare, è molto importante verificare attentamente le credenziali del personale medico e infermieristico poiché questi professionisti sanitari sono coinvolti nei processi clinico-assistenziali e lavorano a diretto contatto con i pazienti. Un'organizzazione sanitaria dovrebbe essere un luogo nel quale è possibile imparare e progredire sotto il profilo personale e professionale. Di conseguenza, andrebbero offerte al personale varie opportunità di formazione continua in servizio e altre opportunità di apprendimento.

SQE.1.1	Le responsabilità di ciascun operatore sono definite in una job description aggiornata
SQE.3	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per garantire che le conoscenze e le capacità del personale sanitario corrispondano ai bisogni dei pazienti
SQE.5	Le informazioni sul personale sono documentate per ciascun operatore
SQE.7	Tutti gli operatori sanitari e non sanitari sono orientati all'organizzazione, al dipartimento o all'unità di assegnazione e alle responsabilità specifiche del proprio incarico all'atto dell'assegnazione degli incarichi
SQE.8.1	Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e altri operatori identificati dall'organizzazione sono addestrati nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza e sono in grado di dimostrare una competenza adeguata al riguardo
SQE.9	L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione
SQE.9.1	Come minimo ogni tre anni, la leadership prende una decisione fondata su informazioni precise in merito al rinnovo dell'autorizzazione di ciascun medico a seguire ad erogare prestazioni clinico-sanitarie
SQE.10	L'organizzazione ha una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche
SQE.11	L'organizzazione si serve di un processo standardizzato e permanente per valutare la qualità e la sicurezza delle prestazioni cliniche erogate da ciascun medico
SQE.12	L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, studi, tirocinio ed esperienze) del personale infermieristico

Comunicazione / Informazioni (MCI: 4 Standard)

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

Il processo di cura del paziente è il risultato di uno sforzo complesso che dipende in larga misura dalla comunicazione di informazioni, da intendersi come comunicazione a doppio senso con i pazienti e i loro familiari, con altri professionisti sanitari e con il territorio.

I difetti di comunicazione sono tra le cause profonde più frequenti degli incidenti a danno della sicurezza del paziente e sono spesso la conseguenza di calligrafie illeggibili e dell'utilizzo difforme o non standardizzato di abbreviazioni, acronimi, simboli e codici all'interno di un'organizzazione. Anche se l'informatizzazione e altre tecnologie migliorano l'efficienza, i principi fondamentali di una buona gestione delle tecnologie informatiche si applicano a tutte le metodologie di documentazione.

MCI.18	Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne
MCI.19.3	Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificarne l'autore e la data
MCI.19.4	Nell'ambito delle proprie attività di miglioramento delle performance, l'organizzazione valuta regolarmente il contenuto e la completezza delle cartelle cliniche

3) Monitoraggio On Site dell'implementazione delle Raccomandazioni e degli Standard JCI


L'obiettivo è quello di conseguire gli standard individuati come target assistenziale effettuando audit di supporto a sostenere il processo di acquisizione dei singoli elementi misurabili di pertinenza nelle articolazioni organizzative aziendali valutandone il grado di implementazione e se necessario fornire supporto e strumenti di facilitazione.

6) Lotta alle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza)

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite che costituiscono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale, incluso gli ospedali per acuti, il *day-hospital/day-surgery*, le strutture di lungodegenza, gli ambulatori, l'assistenza domiciliare, le strutture residenziali territoriali. Uno studio nazionale di prevalenza, ha rilevato una frequenza di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in organizzazione; nell'assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA.

Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima attualmente che possa esserlo una quota superiore al 50%. La Casa di Cure deve attuare tutte le misure possibili alla prevenzione delle ICA a partire dalla redazione ed implementazione di specifiche procedure atte a ridurre il fenomeno.

8.2 OBIETTIVO n.2: EFFICACIA E APPROPRIATEZZA

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITÀ E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	---	---

1. **Prevenzione Tromboembolismo venoso TVP**
2. **Monitoraggio della qualità della documentazione clinica**
3. **Applicazione linee guida specifiche per le cure domiciliari**
4. **Prevenzione Tromboembolismo venoso (TVP)**

La prevenzione delle complicanze derivate dalla Trombosi Venosa Profonda costituisce un indirizzo fondamentale per lo sviluppo di politiche di prevenzione di eventi avversi su pazienti specie come risultato di effetti collaterali nel post-operatorio

1) **Qualità della documentazione clinica (PR.GID.7.5)**

Studi effettuati in letteratura attestano che la bassa qualità della documentazione clinica, intesa come numerosità di informazioni appropriate all'eshaustività informativa quotidiana delle condizioni cliniche del paziente ha ripercussioni sulla sicurezza e sulla qualità delle cure. La diretta conseguenza è la carenza nella trasmissione delle informazioni fondamentali relative al percorso di cura del paziente ricoverato. Talvolta l'esiguità di queste informazioni, in certi casi persino l'assenza, predispone ad errori che possono rivelarsi fatali. Lo studio della qualità della documentazione clinica può fornire alle Direzioni strategiche informazioni utili al fine di interventi atti a prevenire le criticità riferite in precedenza.

La Casa di Cure si è dotata di una specifica procedura sulla gestione della documentazione clinica. L'applicazione dei singoli punti sarà oggetto di valutazione periodica attraverso schede specifiche (DR.CLI.01 - "Griglia per la valutazione della cartella clinica") ed interventi mirati nel caso di non conformità rispetto a quanto individuato nella stessa.

2) **Mappatura del rischio**


Il domicilio è da considerarsi come un setting assistenziale peculiare ma non privo di rischi.

La mappatura del rischio avviene attraverso diverse attività e con l'utilizzo di diversi strumenti metodologici:

- Studio del contenzioso e del reclamo,
- Analisi dei processi e dei percorsi mediante Failure Mode and Effect Analysis e tecniche ISO,
- Osservazione sul campo (internal auditing),
- Segnalazione volontaria,
- Costruzione di tavole aziendali di attività a rischio.

Parte della mappatura del rischio clinico è già stata effettuata nell'ambito delle attività condotte dal management aziendale. Sono stati, nel corso del lavoro svolto, individuati tre gruppi di dati relativamente all'insorgenza di eventi indesiderati:

- ciò che è accaduto,
- ciò che a giudizio degli stessi operatori potrebbe accadere,
- ciò che a giudizio di osservatori terzi potrebbe accadere. In rapporto a questi gruppi di dati sono state individuate tre categorie di attività a rischio:
 - il rischio realizzato (eventi che sono accaduti),

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

- il rischio percepito (attività ed aree in cui il rischio d'insorgenza di eventi indesiderati fonte potenziale di danno è stato descritto dagli operatori),
 - il rischio potenziale (attività ed aree in cui il rischio d'insorgenza di eventi indesiderati fonte potenziale di danno è stato descritto da osservatori esterni).
- Nello sviluppo del progetto sono state previste:
 - Analisi dei dati raccolti.
 - Individuazione delle aree critiche ed errori nella casistica a disposizione.
 - Valutazione delle modalità sino ad oggi adottate di utilizzo degli strumenti di auto-segnalazione e loro diffusione.
 - Individuazione in via definitiva delle modalità di raccolta delle informazioni relative agli eventi indesiderati non oggetto di contenzioso.
 - Riprogettazione degli strumenti, individuando i percorsi definitivi e le aree di maggior interesse.
 - Attivazione di gruppi di lavoro per l'approfondimento e la valutazione del rischio in aree di maggior peso (anestesia e rianimazione, pronto soccorso chirurgia, neonatologia e sala parto, ortopedia ecc...).


3) Safety Walk Round

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


- Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza dei Pazienti,
- Consenso informato nelle aree a maggiore rischio,
- Valutazione e gestione del dolore,
- Segnalazione degli eventi avversi e dei near miss,
- Definizione delle competenze dei professionisti (job description e privileges)
- Monitoraggio attività con indicatori di performance nelle aree a maggiore rischio,
- Completezza della compilazione della documentazione Sanitaria.
- Gestione e Utilizzo dei Farmaci
- Prevenzione e Controllo delle Infezioni
- Cartella infermieristica domiciliare
- Riconciliazione terapeutica
- Handover

4) Applicazione linee guida nazionali e regionali per le cure domiciliari

- Linee Guida Regione Sicilia Cure Domiciliari Integrate 2010
- DECRETO 3 settembre 2021. Definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento del soggetto deputato al governo dell'accesso alle cure domiciliari

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

- **DECRETO 3 settembre 2021. Definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento dei soggetti erogatori di cure domiciliari**
- **DECRETO 3 settembre 2021. Definizione dei criteri per l'accesso all'accreditamento dei soggetti privati erogatori di cure domiciliari**


	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

8.3 ALLEGATI: schede dei progetti per la realizzazione di ciascun obiettivo

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	Responsabile:
OBIETTIVO N.1 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 1
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento standardizzato e dotato di coerenza. (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010)
3. Area di intervento	Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Impedire la somministrazione erronea (persona/formulazione) di soluzioni concentrate di potassio KCL
6. Strumenti e metodi	On Site Visit
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.1 del ministero della salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Numero di conservazioni a norma/Numero di osservazioni specifiche	On Site Visit


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	Direttore Tecnico	X											
Aziendali	Coordinatore di U.O.	X											
		AUDIT MONITORAGGIO ATTIVITA'											
		2022/2023											

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	Responsabile:
OBIETTIVO N.2 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 2
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento standardizzato e dotato di coerenza.
3. Area di intervento	Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Prevenzione della ritenzione di garze strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
6. Strumenti e metodi	On Site Visit
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.2 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Numero di osservazioni secondo normativa/Numero di osservazioni specifiche	On Site Visit


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	Direttore Tecnico	X											
Aziendali	Coordinatore di Sala Operatoria	X											
	Ferrista	X											
		2022/2023											

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	Responsabile:
OBIETTIVO N.4 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 4
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo/strutturale standardizzato e dotato di coerenza. (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010)
3. Area di intervento	Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente
4. Ambito di intervento	Ambienti Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Prevenzione del suicidio del paziente
6. Strumenti e metodi	On Site Visit
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.4 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Numero di osservazioni secondo normativa/Numero di osservazioni specifiche	On Site Visit


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr	
Risorse	Responsabilità	AUDIT MONITORAGGIO ATTIVITA'												
Aziendali	Direttore Tecnico													X
Aziendali	Direzione Sanitaria													X
Aziendali	Ufficio Tecnico													X
		2022/2023												

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.5 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 5
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza. (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010 e DPGR N.16 DEL 22/10/ 2010)
3. Area di intervento	Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.5 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Numero di trasfusioni correttamente eseguite/Numero di trasfusioni	On Site Visit /Segnalazione di reazioni trasfusionali


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr	
Risorse	Responsabilità	AUDIT MONITORAGGIO ATTIVITA'												
Aziendali	Direttore Tecnico													X
Aziendali	Direzione Sanitaria													X
Aziendali	Personale coinvolto nel processo													X
		2022/2023												

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.6 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 7
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza.
3. Area di intervento	Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010)
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Prevenzione morte coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
6. Strumenti e metodi	Procedura aziendale / controlli cartelle cliniche
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.7 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
STU correttamente compilate/campione di cartelle cliniche	Verifiche campionarie qualità della documentazione clinica


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	Direttore Tecnico	X											
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	NOC aziendali	X											
		2022/2023											

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.7 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 8
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza.
3. Area di intervento	Prevenzione e protezione del Personale
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.8 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Numero di aggressioni con danno per il personale /anno	Raccolta di segnalazioni tramite modello di Incident Reporting


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	Direttore Tecnico	X											
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	Ufficio tecnico	X											
		2022/2023											

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.8 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 9
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza. (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010)
3. Area di intervento	Manutenzione e controlli
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.9 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Segnalazione di malfunzionamenti che causano o stavano per causare Eventi Avversi	Schede di segnalazione


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbrai	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb	Ottobre	Novemb	Dicembr
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	Direttore Tecnico	X											
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	Ufficio tecnico (manutenzione app)	X											
		2022/2023											

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.9 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 12
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di coerenza.
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look Alike/Sound Alike"
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.12 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
N. Non conformità/N. di controlli	On site visit periodiche (trimestrali)


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbrai	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb	Ottobre	Novemb	Dicembr
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	Direttore Tecnico	X											
Aziendali	Farmacia	X											
Aziendali	Coordinatori di U.O.	X											
		2022/2023											

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.10 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 13
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza. (DPGR n. 98 del 30/9/2015)
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Prevenzione e gestione della caduta di paziente
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.13 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Numero di cadute con danno/anno	Segnalazione in scheda Incident Reporting


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbrai	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb	Ottobre	Novemb	Dicembr
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	Direttore Tecnico	X											
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	Coordinatori di U.O.	X											
		2022/2023											

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.11 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 17
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza.
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Riconciliazione farmacologica
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.17 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Numero di schede non compilate/numero totale di schede da compilare	Verifica qualità della documentazione clinica


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbrai	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb	Ottobre	Novemb	Dicembr
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	Direttore Tecnico	X											
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura	X											
		2022/2023											

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.12 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 18
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di coerenza.
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Prevenzione degli errori in terapia conseguenti ad uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.18 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Riscontro di Non conformità (simboli ed acronimi non conformi alla procedura aziendale)/totale campione di cartelle cliniche	Verifica qualità della documentazione clinica


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbrai	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb	Ottobre	Novemb	Dicembr												
Risorse	Responsabilità	Verifica periodica della qualità della documentazione clinica																							
Aziendali	Direttore Tecnico													X											
Aziendali	NOC Aziendali													X											
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura													X											
		2022/2023																							

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023
---	--	--

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.13 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 19
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di coerenza.
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Manipolazione forme farmaceutiche orali solide
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.19 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Non Conformità (violazioni comportamentali della procedura aziendale)/Conformità valutate	On Site di verifica


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbrai	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb	Ottobre	Novemb	Dicembr
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	Direttore Tecnico	X											
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura	X											
		2022/2023											

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.14 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Prevenzione trombosi venosa profonda post operatoria
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di coerenza
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Prevenzione TVP appropriatezza uso anticoagulanti
6. Strumenti e metodi	Vedi procedure aziendali
7. Obiettivi specifici del progetto	Riduzione delle complicanze post operatoria dovuta a Trombosi Venosa

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Non Conformità (inappropriatezza prescrittiva di anticoagulanti)/campione di casi valutati	Verifica campionaria della documentazione clinica


CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbrai	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb	Ottobre	Novemb	Dicembr
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	Direttore Tecnico	X											
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura	X											
Comitato	CIO	2022/2023											

 <p>SISIFO CLASSE RIZILE DI COOPERATIVE S.O.C.L.</p>	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
--	--	---

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.15 - SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	Implementazione politiche per la prevenzione delle ICA
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza
6. Strumenti e metodi	Vedi procedure aziendali
7. Obiettivi specifici del progetto	Riduzione delle principali Infezioni correlate all'assistenza

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Non Conformità (violazioni comportamentali delle procedure aziendale)/Conformità valutate	On Site di verifica

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbrai	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb	Ottobre	Novemb	Dicembr
Risorse	Responsabilità		On site visit di verifica periodiche Verbali CIO										
Aziendali	Direttore Tecnico	X											
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura	X											
Comitato	CIO	2022/2023											

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023	Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023

Azienda	SISIFO
Direttore Tecnico Aziendale	.
OBIETTIVO N.16 - EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	
1. Titolo del progetto	Qualità della Documentazione Clinica
2. Motivazione della scelta	Valutazione proattiva del rischio derivato dalla carenza di informazioni cliniche
3. Area di intervento	Qualità delle cure
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali coinvolte nel percorso
5. Obiettivo generale del progetto	Miglioramento della qualità della documentazione clinica in rapporto a Standard attesi
6. Strumenti e metodi	Verifica campionaria di cartelle cliniche (5% del totale delle cartelle cliniche dell'anno precedente)
7. Obiettivi specifici del progetto	Ottenere massima esaustività ed appropriatezza delle informazioni contenute nella documentazione clinica

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	Modalità di misura
Cartelle cliniche con non conformità rispetto al documento DR.CLI.01/ totale cartelle cliniche sottoposte a valutazione	Verifica campionaria di Cartelle cliniche in misura non inferiore al 5% del campione complessivo dell'anno precedente

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbrai	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settemb	Ottobre	Novemb	Dicembr
Risorse	Responsabilità												
Aziendali	Direttore Tecnico	X											

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p>PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO</p> <p>2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
--	--	---

Aziendali	Ufficio Ricoveri	X	Verifica semestrale di campione casuale di cartelle cliniche
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura	X	
			2022/2023

9. FORMAZIONE RISORSE DELLA CENTRALE OPERATIVA


Allo scopo di creare una cultura aziendale proattivamente orientata alla prevenzione degli errori appare necessaria la sensibilizzazione pedagogica di tutto il personale aziendale ottenibile attraverso una serie di iniziative formative atte a favorire una implementazione consapevole delle Raccomandazioni del Ministero della Salute e delle buone pratiche correnti oltre che degli indirizzi e delle politiche emanate negli anni dalla Regione.

Il Piano di formazione prevede i seguenti obiettivi:

- Trasferire nozioni e concetti per inquadrare puntualmente gli aspetti più rilevanti della gestione del rischio clinico favorendo la diffusione di metodi atti a definire misure efficaci di prevenzione e gestione dei rischi;
- Presentare strumenti operativi utili a favorire l'analisi dei processi, l'individuazione dei rischi potenziali e la gestione degli eventi avversi;
- Accrescere le conoscenze di base per effettuare una valutazione dei rischi connaturati ai processi aziendali di assistenza e cura;
- Acquisire una visione multidimensionale delle problematiche in ambito rischio clinico e gestire processi critici in sinergia con altre professionalità o con il supporto di specialisti esperti.

10. MONITORAGGI

- Indicatore sulla segnalazione di near miss: incremento in percentuale rispetto all'anno precedente: obiettivo + 20%
- N. di segnalazione di eventi avversi sul numero di eventi avversi accaduti: obiettivo 100%
- Analisi delle cause di eventi avversi: n. di root cause analysis effettuate sul numero di eventi avversi accaduti: obiettivo = 100%

	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO AZIENDALE QUALITA' E PREVENZIONE RISCHIO CLINICO 2022 - 2023</p>	<p>Codice documento: DR.GRC.01 Emesso 04.05.2022 Rev. 01 Del 24.02.2023</p>
---	--	---

- N.di operatori neo assunti che hanno seguito il corso di Rischio clinico e occupazionale entro 1 anno dall'assunzione: obiettivo = 100%