



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA



Santa Maria
della Misericordia
di Udine

HEALTH PROMOTING HOSPITALS & HEALTH SERVICES

Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute



HPH Una Rete dell'OMS

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

XV Conferenza Nazionale HPH & HS INVESTIRE IN SALUTE: SISTEMI E RETI PER OTTIMIZZARE I RISULTATI **UN MODELLO DI GESTIONE AZIENDALE ORIENTATA ALLA QUALITA' E ALLA SICUREZZA DEL PAZIENTE**



Carla LONDERO

Luigi CASTRIOTTA, Silvio BRUSAFERRO, Carlo FAVARETTI



Trieste, 8 novembre 2012



XV Conferenza Nazionale
HPH & HS
Trieste 8 novembre 2012



- **Processi non standardizzati**
- **Comunicazione frammentaria, non strutturata**
- **Documentazione molteplice ed eterogenea**

CRITICITA'	
1	Eterogeneità di approccio alle tematiche del rischio
2	Assenza di team di riferimento e di supporto
3	Assenza di standardizzazione
4	Assenza di misurazione e valutazione





AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA



Santa Maria
della Misericordia
di Udine

OBIETTIVI

- CULTURA OMOGENEA SULLA SICUREZZA DEL PAZIENTE (“NO BLAME”)
- SISTEMA E RETE AZIENDALE
- STRUMENTI DOCUMENTALI STANDARDIZZATI
- DOCUMENTAZIONE CLINICA UNIFORME
- STANDARD INTERNAZIONALI DI ECCELLENZA
- CULTURA DELLA MISURAZIONE E DELLA VALUTAZIONE


**Ministero della
Salute**

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI
LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE SUL CORRETTO UTILIZZO DELLE
SOLUZIONI CONCENTRATE DI CLORURO DI POTASSIO - KCL -
ED ALTRE SOLUZIONI
POTASSIO

Il Cloruro di Potassio
endovenoso può
somministrato in m

La somministrazione endove
oggetto di questa raccomandaz
La somministrazione di KCL
nel nostro paese, come in mo
attivato procedure per rinnove



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Linee
Servizio
Reg

GLI STANDARD JOINT COMMISSION
INTERNATIONAL PER
L'ACCREDITAMENTO DEGLI OSPEDALI

Terza Edizione



Joint Commission
International

Manuale in
vigore da
Gennaio
2008

PROGEA



XV Conferenza Nazionale
HPH & HS
Trieste 8 novembre 2012

CRITICITÀ 1: ETEROGENEITÀ DI APPROCCIO ALLE TEMATICHE DEL RISCHIO



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA



Santa Maria
della Misericordia
di Udine

POLITICA E PIANO PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

- OBIETTIVI
- RESPONSABILITA'
- AZIONI
- TEMPI
- INDICATORI

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
Santa Maria della Misericordia di Udine

SOC ACCREDITAMENTO, GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SANITARIE
POLITICA

ACCRIE_P01_01
Versione n.03
del 30/09/2012

**MIGLIORAMENTO CONTINUO
QUALITA' E SICUREZZA**

Redazione:
Dott.ssa Carla Landini
Dott.ssa Rossana Quattrini
Dott. Luigi Giannini
Dott.ssa Adriana Maccà
Dott. Pierfrancesco Tricari

Firma:

Documento precedente: QPS_P01_01 del 04/03/2015
Versione attuale: 03
Punti chiave 1: Miglioramento continuo

Miglioramenti realizzati dalla qualità e dalla sicurezza

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
Santa Maria della Misericordia di Udine

SOC ACCREDITAMENTO, GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SANITARIE
PIANO

ACCRIE_P01_01
Versione n.01 del 20/01/2012

**PIANO PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA
QUALITA' E DELLA SICUREZZA
2012-2013**

Redazione:
Dott.ssa Carla Landini
Dott. Luigi Giannini
Dott.ssa Rossana Quattrini
Dott.ssa Adriana Maccà

Firma:

Documento precedente: //
Versione attuale: 01

Punti chiave 1: Qualità

Piano per il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza
F. V. 2012-2013

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
Santa Maria della Misericordia di Udine

SOC ACCREDITAMENTO, GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SANITARIE
PIANO

ACCRIE_P01_01
Versione n.01 del 20/01/2012

AREA STRATEGICA 2

SICUREZZA DEL PAZIENTE

IPSG 4: L'organizzazione adotta un metodo per garantire l'intervento chirurgico in paziente cosciente, con procedura cosciente, in parte del corpo cosciente.

SITUAZIONE ESISTENTE AL 2011

- E' in vigore il "Protocollo per la sicurezza del paziente chirurgico"
- E' adottata la check list per gli interventi in regime di urgenza
- E' stata sperimentata la nuova check list in un blocco operatorio
- Sono state realizzate varie edizioni del corso di formazione in sicurezza
- E' attivo il monitoraggio dell'aderenza: completezza della check list

OGGETTIVI SPECIFICI

- Assicurare che procedure scritte supportino l'uniformità della pratica e presenza dell'esecuzione dell'intervento chirurgico in paziente cosciente, con procedura cosciente, in parte del corpo cosciente.
- Supportare l'uniformità di comportamento previsto dallo standard anche per le procedure invasive diagnostiche e educative eseguite fuori dalla sala operatoria (compresi i casi ambulatoriali).
- Estendere la nuova check list a tutte le aree chirurgiche e interventistiche dell'Azienda.
- Fornire l'educazione del personale ai comportamenti richiesti dallo standard.
- Monitorare la compliance degli operatori ai comportamenti previsti dal protocollo aziendale.

Piano per il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza

BUDGET 2012

Obiettivi Piano di Budget

BUDGET 2012 - Scheda budget SOC Clinica Chirurgica				
Obiettivi	Responsabilità, processi e organizzazione	Indicatore	Target 2012	
RP.2	Aggiornare nel nuovo formato aziendale i documenti richiesti dagli standard JCI e quelli emessi dalla propria struttura	% documenti aggiornati	100% a giugno 100% a ottobre	
RP.3	Garantire al paziente l'attuazione del piano di assistenza	% cartelle con piano di assistenza documentato in cartella clinica	≥ 85%	
RP.7	Assegnare a ciascun dipendente la job description individuale (specificando competenze e "privilege") e farne la valutazione a fine anno	Per il personale dirigente, tutti i dirigenti hanno la propria job description validata	Entro il 30.9	
AT.1	Garantire l'erogazione dei volumi previsti dall'accordo di Area Vasta	Scaduto il 30.9 del TIA (88.73.5)	≥ 50	
AT.3	Compilare correttamente e completamente la cartella clinica negli elementi richiesti dagli standard JCI	Autovalutazioni effettuate mediante check list su G2	4 autovalutazioni (maggio, giugno, settembre, dicembre)	
AP.1	Individuare tra le prestazioni richieste ai laboratori, quelle ad alto rischio di inasprimento	Condivisione con i laboratori dei criteri di richiesta delle prestazioni a rischio di inasprimento	Entro il 30.9	
AP.2	Individuare e definire nel dettaglio su scheda modello JCI un indicatore clinico sul percorso del paziente fragorante	Compilazione e invio scheda all'ufficio JCI	Entro il 30.9	
SC.1	Ridurre le infezioni del sito chirurgico	Compliance comportamenti corretti in sala operatoria	≥ 90%	
SC.2	Applicare il protocollo aziendale per l'igiene delle mani	% compliance igiene mani	≥ 85%	
SC.3	Monitorare il flusso di segnalazione degli eventi avversi (incident reporting)	% segnalazioni di near miss ogni semestre	≥ 2	
SC.4	Applicare le misure di prevenzione (bundle) sulle principali tipologie di infezioni correlate alle pratiche assistenziali	Compliance applicazione bundle	≥ 85%	
SC.5	Adottare sistematicamente la check list chirurgica come da IPSG 4	% check list presenti e complete in tutte le parti	100%	
SC.6	Gestire correttamente i farmaci, compresi quelli ad alto rischio, come da politica aziendale e da IPSG 3	% conformità elementi essenziali (scadenza, conservazione, allocazione)	100%	
SC.7	Applicare le misure di prevenzione delle cadute come da IPSG 6	% conformità elementi essenziali	100%	
SC.8	Compilare con completezza e correttamente la scheda di terapia	% prestazioni compilate correttamente e completamente	100%	



XV Conferenza Nazionale
HPH & HS
Trieste 8 novembre 2012

INCIDENT REPORTING

[illegible]

- Volontario
 - Anonimo
 - Confidenziale
 - Non punitivo
-
-  **EVENTI AVVERSI E NEAR MISS**
 -  **EVENTI AVVERSI AREA DEL FARMACO**
 -  **CADUTE**
 -  **EVENTI SENTINELLA**



CRITICITÀ 2: ASSENZA DI UN TEAM DI RIFERIMENTO E SUPPORTO



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA



Santa Maria
della Misericordia
di Udine

DIREZIONE GENERALE (LIVELLO DI PIANIFICAZIONE)

GRUPPO RISTRETTO E ALLARGATO (LIVELLO DI COORDINAMENTO)

RETE DEI PROFESSIONALS REFERENTI (LIVELLO OPERATIVO)



COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE



DIFFUSIONE INFORMAZIONI



XV Conferenza Nazionale
HPH & HS
Trieste 8 novembre 2012

CRITICITÀ 3: ASSENZA DI STANDARDIZZAZIONE



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA



Santa Maria
della Misericordia
di Udine

POLITICA PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA

POLITICA PER LA GESTIONE DELLA SICUREZZA

PROTOCOLLO PER LA PREPARAZIONE DEI FARMACI PARENTERALI IN AMBIENTE SICURO E PULITO

REPORTING SYSTEM - INDICATORI CHIAVI

Indicatore	Responsabile	Periodo di riferimento	Valore obiettivo	Valore reale
Incidenti di sicurezza	Dr. Mario Rossi	01/01/2018 - 31/12/2018	0	0
Eventi avversi	Dr. Mario Rossi	01/01/2018 - 31/12/2018	0	0
Non conformità	Dr. Mario Rossi	01/01/2018 - 31/12/2018	0	0



Unire la documentazione medica e assistenziale

Disporre di un unico contenitore per le informazioni correnti

Avere le informazioni in un'unica sede

Evitare duplicazione di informazioni

Avere in evidenza i temi relativi alla sicurezza del paziente



XV Conferenza Nazionale
HPH & HS
Trieste 8 novembre 2012



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA



Santa Maria
della Misericordia
di Udine

ESEMPIO...

PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI

**POLITICA
PER IL COORDINAMENTO
DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE
E CONTROLLO DEL RISCHIO
INFETTIVO**

Redazione	Verifica	Approvazione
Dr. Roberto Caroni DOC Direzione Medica di Piacenza	Dr. Roberto Caroni DOC Direzione Medica di Piacenza	Dr. Roberto Caroni DOC Direzione Medica di Piacenza
Piacenza	Piacenza	Piacenza

Documento precedente	Versione attuale	Data	Descrizione della modifica
POL_POL_01 del 14/05/2009	02	14/05/2012	

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Mantenere e ampliare l'uso di...	Adattare norme alla pratica ospedaliera	Assistenza Inferma

Valore per il riconoscimento del programma di prevenzione e controllo del rischio infettivo

Il presente documento è valido fino al 14/05/2015

Pagina 1 di 2

SOS IGIENE OSPEDALIERA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
Gruppo Operativo Rischio Infettivo

**PROGRAMMA DI PREVENZIONE E CONTROLLO
DEL RISCHIO INFETTIVO**

LA VIA DELLA SICUREZZA
Contro il rischio infettivo adotta le precauzioni



Precauzioni Aggiuntive

Da adottare in aggiunta alle Precauzioni Standard nell'assistenza ai pazienti con infezione sospetta o accertata trasmissibile attraverso:



XV Conferenza Nazionale
HPH & HS
Trieste 8 novembre 2012

CRITICITÀ 4: ASSENZA DI MISURAZIONE E DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA

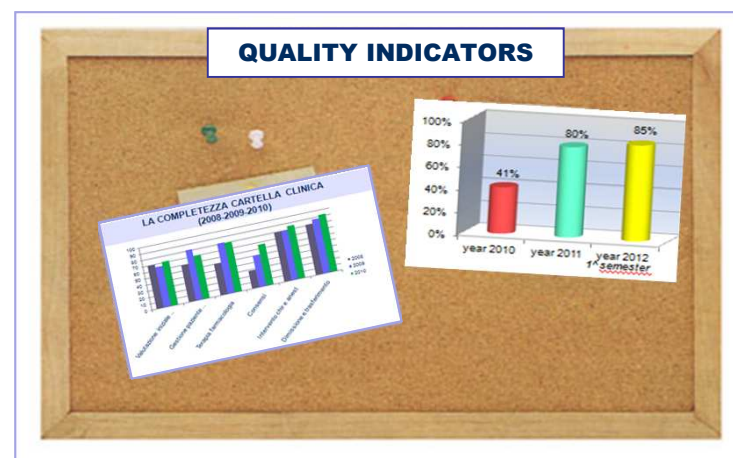


Santa Maria
della Misericordia
di Udine

INDICATORI

- CLINICI
- MANAGERIALI

SQC ACCREDITAMENTO, GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SANITARIE		ACCRIIS_PG_05 Versione n. 02 del 30/09/2012
PROCEDURA GESTIONALE		
MONITORAGGIO QUALITÀ E SICUREZZA		
QPS 3.1		
VALUTAZIONE DEL DOLORE		
Chi	Disgente medico	Quando
Titolo dell'Indicatore		
Percentuale di pazienti che hanno ricevuto una valutazione approfondita del dolore.		
Razionale		
Nel corso della valutazione iniziale e delle rivalutazioni, è utilizzata una procedura di screening allo scopo di individuare i pazienti con dolore. Una volta identificata la presenza del dolore, il paziente può essere trattato all'interno dell'organizzazione oppure inviato altrove per il trattamento. L'ambito del trattamento si basa sull'ambiente di cura e sui servizi erogati. Quando il paziente è trattato all'interno dell'organizzazione, viene eseguita una valutazione più esauriente. Questa valutazione è appropriata all'età del paziente e misura l'intensità e la qualità del dolore, come natura, frequenza, sede e durata. Questa valutazione viene registrata in modo tale da facilitare la rivalutazione periodica e il follow-up in base ai criteri elaborati dall'organizzazione e ai bisogni del paziente.		
Numeratore		
Numero di pazienti per i quali viene effettuata una valutazione approfondita del dolore.		
Inclusioni		
Pazienti che presentano in cartella clinica la valutazione approfondita del dolore secondo quanto previsto dalla politica aziendale		
Esclusioni		
Numero dei pazienti ricoverati e esaminati		
Denominatore		
Inclusioni		
Pazienti in regime di ricovero ordinario		
Esclusioni		
Pazienti ricoverati in day hospital		
Tipo di Indicatore		
Processo ed outcome		
Frequenza di Valutazione del Dato		
Trimestrale		
Tempistica del Report		
Aprile - Luglio - Ottobre - Gennaio 2013		
Valore Soglia		
80%		
Accuratezza del Dato		
80%		
Metodologia di Raccolta del Dato		
Fonti		
cartelle cliniche chiuse		
Retrospettivo		
Numerosità e Campione		
Campione statisticamente significativo calcolato con prevalenza attesa 95%, precisione 5%, IC 95%		
Aree del Monitoraggio		
Prenati medici e chirurgici		
Metodologia di Validazione		
Piraccolta del dato a cura della SQC Accredimento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance.		
Azioni Intraprese		
in seguito alla prima		
Destinatari del Report		
Tutte le unità operative campionate, Direzione Aziendale.		



XV Conferenza Nazionale
HPH & HS
Trieste 8 novembre 2012



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA



Santa Maria
della Misericordia
di Udine



CONCLUSIONI

COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVO GESTIONALE

LINEA PROGETTUALE STABILE

CONTINUITÀ DI PIANIFICAZIONE

MIGLIORAMENTO CONTINUO

CRITICITÀ PER IL FUTURO



XV Conferenza Nazionale
HPH & HS
Trieste 8 novembre 2012