

	Azienda Sanitaria Provinciale Enna PIANO QUALITA' GESTIONE RISCHIO CLINICO	Cod.PQR Rev.02 dell'8/2/13
---	---	---------------------------------------

REGIONE SICILIA

Azienda Sanitaria Provinciale Enna

PIANO QUALITA' E GESTIONE RISCHIO CLINICO

BIENNIO 2013-2014

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Responsabile Qualità Aziendale Giuseppe Camilleri		
Verifica	Direttori Sanitari di Presidio Emanuele Cassarà Renato Mancuso		
Approvazione	Direzione Sanitaria Aziendale Filippo Muscià		
Emesso da	Commissario Straordinario Giuseppe Termine		

**U.O. QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Resp. Giuseppe Camilleri**

Introduzione

Le esperienze a livello nazionale ed internazionale evidenziano che per la costruzione di un sistema gestionale orientato alla qualità in una organizzazione sanitaria occorrono mediamente 10 anni. Nella nostra azienda il percorso è iniziato nel 2000 ed oggi possiamo dire che le basi del sistema siano poste.

Gli interventi compiuti si sono concretizzati in azioni organizzative, stesura di procedure prima completamente assenti, audit clinici.

L'obiettivo principale è sempre più quello di fare sistema integrando i vari strumenti esistenti in azienda e collegando i vari ambiti della qualità attraverso metodologie e linguaggi condivisi fra i vari attori.

Scopo

La Politica della Qualità

L' **Azienda Sanitaria Provinciale di Enna** si vuole porre come punto di riferimento nel campo della diagnosi, cura ed assistenza ospedaliera e territoriale.

L'Azienda intende, nell'ambito delle proprie competenze istituzionali in base alla propria autonomia amministrativa, patrimoniale, gestionale e tecnica contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

I principi fondamentali a cui si ispira l'Azienda nel suo operato sono: **obiettività, imparzialità, uguaglianza**, così come sanciti dalla legge fondamentale dello Stato e per quanto riguarda la sfera d'azione specifica dalla legge di riordino del SSN

L'**Azienda** assume come impegno primario il raggiungimento della soddisfazione dei bisogni dell'**utente/cliente** con il quale vuole costruire un rapporto di **fiducia** basato sulla trasparenza diffusa di ogni atto, sia amministrativo che sanitario.

L'Azienda vuole costruire un rapporto di **corretta collaborazione con il personale**, con l'obiettivo di raggiungere la massima valorizzazione delle risorse professionali di ogni operatore e garantire la crescita tecnica e la formazione continua ad ogni livello.

L'Azienda si impegna a **definire e mantenere standard professionali** di elevato valore tecnico professionale e promuovere l'adozione di tecnologie d'avanguardia testate e sicure.

L'Azienda ispira i propri comportamenti all'**etica professionale** e si impegna a garantire l'**appropriatezza** e l'efficacia degli interventi.

L'Azienda si fa obbligo di **tutelare la dignità della persona** e porre al centro di ogni comportamento l'attenzione al **benessere** e alla **qualità della vita dei degenti** e dei loro congiunti.

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

Pertanto l'Azienda sul piano della qualità si impegna, con il presente **Piano Qualità' e Gestione del Rischio Clinico** a ricercare forme e modalità progettuali più adeguate alla realizzazione di attività che rispondano ai dieci principi basilari di esigenza di salute:

- Umanizzazione

- Urbanità
- Socialità
- Organizzazione
- Interattività
- Appropriatelyzza
- Affidabilità
- Innovazione
- Formazione

Analisi organizzativa ed ambientale

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, è impegnata ad **individuare**

e comprendere le aspettative e le esigenze dei cittadini / utenti, delle associazioni di volontariato, delle parti sociali e del personale dipendente.

L'analisi delle **esigenze/fabbisogni dell'utenza** che incide sul nostro territorio di riferimento si è basata sulla **raccolta ed elaborazioni di dati sanitari** (SDO, casistica delle prestazioni ambulatoriali, dati epidemiologici), **informazioni desunte da fonti regionali** (che hanno permesso analisi di benchmarking, analizzando mediante confronti le performance dell'azienda e individuando azioni/strumenti utili per riprogettare i processi e individuare modelli ottimali), **audit clinico, customer satisfaction** con il fine di ascoltare le esigenze dell'utente).

L'analisi dello scenario aziendale ha avuto come scopo l'individuazione dei **punti di forza** e di **criticità** al fine meglio adeguarsi a rispondere ai bisogni degli utenti.

Punto di forza della nuova Azienda è costituito **dall'alta professionalità delle prestazioni fornite sia in regime di ricovero che ambulatoriale** ad utenti di tutta la regione, come evidenziato per esempio dai **reports delle prestazioni ambulatoriali** (**Elettromiografie, Senologia, Pneumologia, Ecocolordoppler**), che di ricovero (**Ostetricia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia**).

Punto di forza inteso dall'Azienda come **punto di partenza** per migliorare ulteriormente la gamma e la professionalità delle prestazioni offerte, **che ha però generato un aumento vertiginoso della domanda con conseguente aumento delle liste d'attesa.**

Punto di criticità continua ad essere la resistenza al cambiamento, **in una frangia molto ridotta nell'ambito sanitario che richiede grandi sforzi comunicativi e formativi** per il raggiungimento degli standard di sicurezza necessari per la salvaguardia di pazienti ed operatori e per il soddisfacimento dei bisogni della popolazione.

Del resto i bisogni della popolazione sono emersi oltre che dalle richieste dei singoli cittadini anche dai Comitati che li rappresentano e che fanno ormai parte del meccanismo di verifica delle attività dell'ASP, oltre che costituire uno stimolo continuo al miglioramento.

Rimane ancora perfettibile il rapporto con i medici di famiglia con i quali è in corso un **dialogo per il superamento delle criticità ed esigenze, in particolare dovute all'inappropriatezza prescrittiva.**

AREE DI AZIONI PRIORITARIE

Organizzazione

Generare trasparenza diffusa degli atti aziendali anche attraverso la pubblicazione sul sito internet di tutta l'attività dell'ASP.

Ridurre i costi della non qualità, recuperare produttività

Favorire il miglioramento della qualità della gestione sia in termini di efficienza che di efficacia.

Ottimizzare l'utilizzo delle risorse

Sviluppare le risorse umane in coerenza con il sistema organizzativo.

Migliorare in modo continuo il sistema della comunicazione interna ed esterna

Gestire lo sviluppo delle strutture nel rispetto dei requisiti ambientali e della collettività

Rapporto con il cliente utente interno ed esterno

Sostenere una politica di umanizzazione della struttura ad ogni livello mirando ad abbattere le differenze fra la qualità della vita esterna e quella interna all'ospedale.

Orientare i comportamenti degli operatori all'attenzione continua alla persona.

Garantire la soddisfazione dei bisogni dell'utente/cliente sia interno che esterno sia esso singola persona che istituzione.

Garantire la continuità del servizio in ogni circostanza tanto nell'elezione che nell'urgenza.

Mantenere un dialogo costante con l'utente e le associazioni che lo **rappresentano**.

Attività

Avere sotto **controllo e migliorare** in modo continuo e progressivo tutti i **processi**

Definire **standard** professionali di elevato valore tecnico, **in particolare aderenza agli standard della Joint Commission International.**

Prevenire ed eliminare le **cause di errore** e gli eventi a **rischio**.

Garantire l'**appropriatezza** e l'**efficacia** dei comportamenti.

Assicurare appropriati livelli di **sicurezza** per i clienti e gli operatori.

Stabilire un sistema di **misurazione** continua della qualità a livello di **processo, struttura, esito, soddisfazione** dell'utenza.

Promuovere una pratica medica basata su criteri di **efficacia ed appropriatezza**.

Miglioramento ed Innovazione tecnologica

Operare per la costante ricerca di aree di eccellenza

Garantire la formazione permanente del personale.

Sviluppare le competenze in rapporto ai bisogni.

Mantenere il livello della tecnologia al passo con le innovazioni documentate e approvate dalla comunità scientifica

Mission

L'Azienda recepisce il proprio mandato istituzionale proponendosi di contribuire alla tutela della salute della popolazione ad essa afferente in termini di diagnosi, cura, riabilitazione e risposta alle situazioni di emergenza/urgenza.

Nel complessivo processo di aziendalizzazione l'Ufficio Qualità e Rischio Clinico si occupa di:

- Garantire la centralità dell'utente e la sua piena titolarità a partecipare alle attività dell'Azienda;
- Diffondere ad ampio raggio la cultura per il Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ);
- Dare supporto alla Direzione Generale e alle Unità Operative per orientare alla Qualità le scelte aziendali, l'organizzazione dei servizi, le prestazioni sanitarie e il rapporto con i cittadini;
- Analizzare i processi aziendali;
- Predisporre piani e programmi per la realizzazione della politica della qualità;
- Individuare indicatori e standard per il monitoraggio delle prestazioni;
- Creare una rete di referenti della qualità nelle UU.OO. individuati tra il personale medico ed infermieristico.
- Individuare "gruppi di miglioramento" a cui affidare lo studio e la realizzazione di progetti;
- Proporre interventi formativi finalizzati alla conoscenza degli strumenti della Qualità;
- Realizzare indagini mirate all'analisi della "customer satisfaction" finalizzandoli all'attivazione di programmi di miglioramento continuo della qualità nelle aree indicate dagli utenti;
- Garantire i collegamenti con l'Assessorato Regionale alla Sanità e il Ministero della Salute per quanto concerne i programmi Regionali e Nazionali da questi sviluppati nell'ambito della qualità.
- Promuovere la cultura della Gestione del rischio clinico attraverso la massima diffusione delle pratiche sicure e delle modalità di approccio agli eventi avversi nonché ad uniformare in tutti i Presidi ospedalieri dell'azienda provinciale i comportamenti mirati alla segnalazione, analisi, valutazione e trattamento dei rischi così come previsti dagli Standard della Joint Commission International.

Vision

Il culmine del percorso aziendale è auspicabile che sia il riconoscimento da parte di un ente terzo indipendente dell'appropriatezza, della riproducibilità, dell'attendibilità delle prestazioni sanitarie in **altri settori oltre quelli già riconosciuti**.

L'obiettivo futuro è "lavorare per progetti concreti, monitorarli e documentarli rispetto ai risultati" e valorizzare la partecipazione dell'utenza e del proprio personale, in un clima di dialogo con le parti politiche, sociali, sindacali e istituzionali".

L'Unità Operativa Qualità e Rischio Clinico

L'U.O. Qualità (UQ) è stata istituita con delibera n.1470 del 14/05/2010 e posta in Staff della Direzione Generale come previsto dagli articoli n. 10 del D. Lgs 502/92 e n. 12 del D.Lgs 517/93, dal D.P.R. 14/01/97 e dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ed è sita in C.da Ferrante. Essa, **sotto la guida del Responsabile dell'UO Qualità e Rischio Clinico**, svolge funzioni di promozione, sviluppo organizzativo, coordinamento, consulenza, informazione e formazione sulle tematiche del miglioramento continuo della qualità.

Nella sua azione **il Responsabile della Qualità** si avvale del supporto dei **referenti per la qualità** individuati dalle diverse Unità Operative, dei gruppi di miglioramento e dai collegamenti con gli altri uffici di staff ed ha il compito di

- governare il sistema della qualità totale
- studiare e proporre regolamenti e disposizioni che regolano il sistema della qualità aziendale
- coordinare l'integrazione fra le diverse strutture che la compongono
- vigilare affinché lo sviluppo aziendale sia conforme al sistema qualità
- uniformare gli strumenti della qualità aziendale
- analizzare i processi aziendali
- predisporre piani e programmi per la realizzazione della politica della qualità
- gestire il sistema documentale della qualità aziendale
- predisporre il programma di individuazione e manutenzione del sistema di indicatori della qualità da inserire all'interno del sistema informativo aziendale
- definire, pianificare ed attivare processi di misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento per garantire il sistema qualità
- predisporre procedure-linee guida aziendali del sistema qualità
- individuare comitati o gruppi di lavoro settoriali a cui affidare lo studio e la realizzazione di progetti di miglioramento
- effettuare la supervisione delle fasi di accreditamento e di certificazione
- diffondere la cultura della qualità
- proporre interventi formativi integrati finalizzati alla crescita del sistema della qualità aziendale
- proporre interventi migliorativi in materia di carta dei servizi e collaborare al suo aggiornamento
- fornire all' Alta Direzione rapporti periodici sulla progressione del sistema qualità
- predisporre delibere ed atti riguardanti il sistema della qualità da proporre alla Direzione Strategica.

Referenti per la qualità

In ciascuna Unità Operativa dell'Azienda, viene individuato un **Referente per la**

qualità per l'area medica e uno per l'area infermieristica al quale vengono riconosciute le funzioni di :

- ✓ Promuovere la partecipazione ai programmi e ai progetti per la qualità attivati presso la propria struttura;
- ✓ Utilizzare la metodologia PDCA e promuoverne l'applicazione nel proprio ambito lavorativo in occasione dell'approccio ai problemi clinico-organizzativi;
- ✓ Interfacciarsi con l'UOQ

Gruppi di miglioramento

- Individuati e formalizzati dal Responsabile della Qualità su delega ricevuta dalla Direzione Strategica, in linea con gli indirizzi espressi
- Istituiti su obiettivi specifici con il compito di studiare e/o realizzare progetti o interventi di miglioramento della qualità, diretti da un coordinatore, attivi in orario di servizio.

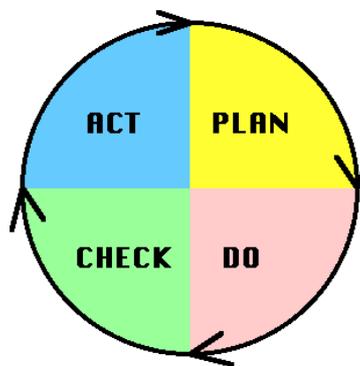
Collegamenti con altre strutture

Lo svolgimento delle funzione dell'UOQ avviene in maniera coordinata ed integrata con le altre strutture organizzative dell'Azienda ed in particolare con:

- Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP);
- Ufficio Formazione – ECM
- Coordinamenti Distretti Ospedalieri EN1-EN2

Metodologia

La principale metodologia con la quale l'Azienda intende perseguire il miglioramento della qualità è il PDCA (Plan-Do-Check-Act) la cui attuazione prevede lo svolgimento del percorso ciclico rappresentato in figura 2. È una metodologia di validità universale, che consente di affrontare in maniera rigorosa e sistematica qualsiasi problema. La metodologia valorizza il metodo scientifico, dove per "scientifico" si intende un problema la cui evidenza sia basata su dati e fatti anziché su opinioni o sensazioni.



La fase **Plan** consiste nell'identificare il problema, nell'analizzarlo, nell'individuare le cause reali, nel definire e pianificare le azioni correttive.

La fase **Do** consiste nel preparare e applicare le azioni correttive pianificate.

La fase **Check** consiste nel verificare i risultati delle azioni intraprese confrontandoli con gli obiettivi attesi.

La fase **Act** consiste:

- A. nello standardizzare e consolidare nel ciclo produttivo le azioni intraprese qualora la fase di check si sia conclusa con esito positivo
- B. nel ripercorrere un nuovo ciclo PDCA se i risultati rilevati nella fase di check non sono soddisfacenti.

Fasi di realizzazione di un progetto di miglioramento	Direzione Generale	UOQ	Referenti Qualità/Unità Operative	CC/URP
Proposta	√	√	√	√
CGElaborazione		√	√	
Approvazione	√	√		
Implementazione		√	√	
Coordinamento		√		
Formazione		√	√	
Diffusione	√	√	√	√
Monitoraggio	√	√		√
Aggiornamento		√		
Verifica	√	√		

Progetti e programmi per la qualità

I programmi prioritari per la valutazione e il miglioramento della qualità vengono selezionati annualmente dalla Direzione Strategica con lo scopo di migliorare uno o più dei seguenti aspetti della qualità delle prestazioni sanitarie:

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

Nella tabella sotto riportata sono elencati i programmi per la qualità e i rispettivi aspetti che si intende perseguire:

Programmi	Qualità professionale	Qualità organizzativa	Qualità percepita
Accreditamento Istituzionale		◆	
Appropriatezza d'utilizzo		◆	
Customer satisfaction			◆
Evidence-based Medicine	◆		
Risk Management	◆	◆	
Controlli di qualità	◆	◆	
Formazione	◆		◆
Certificazione	●	●	●

Fondamento base dell'operatività sarà l'analisi, lo studio e la comprensione dei processi che compongono le attività dell'Azienda. La descrizione della struttura dei processi aziendali, con l'identificazione di quelli strategici e quelli critici, è una tappa fondamentale della creazione del sistema qualità.

Strumenti per la qualità

L'UOQ promuove l'utilizzo, in tutte le articolazioni organizzativo-funzionali aziendali, di strumenti ritenuti efficaci per la gestione clinica ed in particolare per gli eventi più frequenti. Tali strumenti consistono in:

- ❖ **Linee guida promosse da società scientifiche**
- ❖ **Protocolli basati sull' Evidence based medicine**
- ❖ **Percorsi diagnostico-terapeutici**
- ❖ **Controlli di qualità interni**
- ❖ **Controlli di qualità esterni**
- ❖ **Indagini sulla qualità percepita dall'utente**

Accreditamento Istituzionale

Strumento fondamentale di programmazione per la realizzazione del SSR e per il miglioramento della qualità delle prestazioni è l'**Accreditamento**.

Come definito dalla legislazione in merito: “ L'accREDITamento è una operazione da parte di una autorità o istituzione (Regione), con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di una organismo di prescritti specifici requisiti (standard di qualificazione) e si risolve in iscrizione in elenco da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti (assistiti-utenti delle prestazioni sanitarie)”.

Con tale termine dunque, si indica il meccanismo istituzionale ed obbligatorio attraverso il quale le strutture autorizzate all'esercizio dell'attività sanitaria, pubbliche o private ed i professionisti che ne facciano richiesta, dopo attenta verifica sul possesso dei requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi, definiti dalla Regione indispensabili per l'accREDITamento, acquisiscono lo *status* di **soggetto idoneo** ad erogare prestazioni sanitarie per conto del sistema sanitario nazionale, divenendo pertanto **potenziali erogatori**.

Il D.P.R. 14/01/97 definisce i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. A seguito le Regioni hanno fatto propri e contestualizzato tali requisiti e la Regione Sicilia ha prodotto il D.A. n. 890 del 17/06/2002 dettando le direttive per l'accREDITamento istituzionale.

La manutenzione e l'aggiornamento della documentazione relativa all'adeguamento dei requisiti organizzativi da parte delle UU.OO. è a cura dell'UOQ. La struttura redattrice, invece, è responsabile del contenuto di tale documentazione.

Formazione

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna considera la formazione come uno degli elementi cardine su cui si basa il miglioramento continuo. Promuove, pertanto la formazione continua, con particolare attenzione alle tematiche del miglioramento continuo di qualità, sia della leadership che di tutto lo staff operante nell'azienda.

La formazione come programmato dall'U.O. Formazione verrà svolta con programmi generali su metodi e strumenti per la qualità e attraverso progetti articolati su più anni con espansione a cascata, mirati all'acquisizione di competenze specifiche sulla base di una analisi dei bisogni formativi.

Sono previsti corsi di formazione volti al sostegno formativo di tutto il personale e mirati agli aspetti prioritari che l'Azienda si è proposta :

- accREDITamento,
- implementazione linee guida,
- privacy,
- umanizzazione,
- farmacoeconomia, farmacovigilanza
- gestione delle cartelle cliniche
- ospedale senza dolore

- prevenzione e cultura donazione organi
- Iso 9001
- Standard Joint Commission

Indicatori per la qualità

Al fine di monitorare i progetti di miglioramento della qualità dei servizi/prodotti l'UOQ in concerto con le strutture coinvolte si avvale dell'utilizzo di appropriati indicatori, che possono essere così suddivisi:

- **Indicatori di struttura** (organizzazione)
- **Indicatori di processo** (attività, efficienza, appropriatezza)
- **Indicatori di esito** (risultati di salute)

Riferimenti normativi

Piano Sanitario Regionale

D.P.R. 14/01/1997 “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.”

D.A. 24/12/1997 “Progetto per la costruzione di un sistema per la qualità totale nel Servizio Sanitario Regionale. Direttiva per lo sviluppo del programma di adozione della Carta dei servizi sanitari.”

D.A. n. 890 del 17/06/2002 “Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione Siciliana.”

Legge R. 5 del 2009: Norme per il riordino del S.S.Regionale

Decreto Assessorato Regionale Sanità del 22.02.2006: *“Istituzione del Centro di Coordinamento Regionale - Cabina di Regia Tecnica - per le attività relative alla Sicurezza dei pazienti e della Gestione del Rischio Clinico”*. GURS n. 16/2006.

Convenzione Assessorato Regionale Sanità e Joint Commission International:

“La Gestione del

Rischio Clinico presso le Strutture del Sistema Sanitario della Regione Siciliana - Programma Biennale delle Attività”. 24 aprile 2006.

Decreto Assessorato Regionale Sanità dell’11.01.2008: *“Approvazione degli Standard per la Gestione del Rischio Clinico per le Strutture Ospedaliere e le Centrali Operative SUES 118”*. GURS n. 8/2008.

Legge Regione Sicilia del 14.04.2009 n. 5: *“Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale”*. GURS n. 17/2009.

Decreto Assessorato Regionale Sanità del 23.12.2009: *“Istituzione del flusso informativo SIMES”*. GURS n. 3/2010.

Obiettivi generali

Sono stati identificati e selezionati come prioritari i seguenti **obiettivi generali** di qualità da raggiungere nel biennio 2013-2014:

1. Attuazione del **Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico**, in linea con quanto definito dalla Regione Sicilia in merito alla realizzazione di interventi mirati al contenimento degli eventi avversi nelle strutture sanitarie.

La gestione del rischio clinico è un processo sistematico di identificazione, analisi e trattamento dei rischi attuali e potenziali.

Ha l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare gli outcome e indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili.

La funzione di gestione del rischio fornisce all'organizzazione le informazioni necessarie per "imparare dagli errori". La sfida per le strutture sanitarie è quella di accettare ed adattare questi strumenti alla propria realtà.

La gestione del rischio rappresenta uno degli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni, attraverso

- L'analisi ed il monitoraggio delle pratiche di lavoro connesse all'assistenza sanitaria;
- La valutazione sistematica dei risultati del sistema e degli operatori;
- Lo studio degli eventi avversi per individuare i punti deboli del lavoro;
- L'addestramento e la formazione del personale

L'Assessorato Regionale alla Sanità nel 2005 ha istituito la "Commissione Regionale per la Sicurezza del Paziente nell'ambito delle strutture operatorie e ha disposto la costituzione di un "Comitato per il Rischio Clinico" nelle Aziende Sanitarie e ospedaliere, nelle Aziende universitarie policlinico e nelle case di cura private.

Nel 2006 ha stipulato una convenzione con la Joint Commission International per la "Gestione del rischio clinico presso le strutture del Sistema Sanitario della Regione Sicilia" finalizzata alla realizzazione di uno specifico programma per la gestione del rischio clinico dedicata ai seguenti ambiti sanitari ad alto rischio:

- La valutazione efficace dei bisogni del paziente
- La gestione sicura delle procedure ad alto rischio
- La gestione dei pazienti ad alto rischio
- La continuità assistenziale

Dai circa 400 standard previsti dal Manuale JCI ne sono stati attualmente selezionati 101 per permettere alle strutture ospedaliere siciliane di auto valutarsi

prima ed essere valutate successivamente da verificatori esterni allo scopo di migliorare i propri processi organizzativi e la formazione dei propri operatori. **L'ASP di Enna con il presente Piano intende migliorare il livello di conformità agli Standard della JCI già operativi negli anni precedenti ed implementare gli ulteriori standard concordati tra Regione Siciliana e JCI.**

2. Superare le resistenze al cambiamento organizzativo formando modelli di gestione per problemi-obiettivi-risultati:

Indicatore: Almeno 2 riunioni annue con il coinvolgimento di tutte le UU.OO. documentate da verbali.

3. Diffondere la cultura e gli strumenti della progettazione e della valutazione in modo concretamente applicabile nelle unità operative.

Indicatore: Audit organizzativi con i Referenti qualità delle UU.OO.

4. Promuovere un ricorso appropriato ed efficiente alle tecnologie sanitarie e alle risorse umane;

Indicatore: Adozione procedure

5. Implementare profili assistenziali per le patologie a più alta incidenza (gestione per processi).

Indicatore: Adozione profili assistenziali

6. **Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO**

Monitoraggio trimestrale delle attività.

7. **Umanizzazione, centralità della persona.** Effettuare semestralmente, in modo sistematico, la rilevazione della soddisfazione/gradimento degli utenti ai sensi del D.A. 3185 del 28/12/2010.

Indicatore: Monitoraggio dei questionari rilasciati agli utenti.

8. **Progetto Regionale Audit civico e Piano di miglioramento**

9. Riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni critiche

Indicatori: adozione Piano riduzione liste d'attesa

Monitoraggi mensili dell'attività

10. **Buon uso del sangue.** Consumo appropriato emocomponenti e plasma derivati.

Indicatori: Aderenza alle linee guida trasfusionali

Audit aziendali

11. Pubblicazione sul sito Aziendale delle attività condotte per ridurre il rischio clinico:

Indicatore: Pubblicazione sul sito Web aziendale di un rapporto annuale sulle attività svolte e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati nel piano aziendale del rischio clinico.

12. **Formazione** mirata alla **sicurezza**, alla **qualità**, al **rischio clinico** e alla comunicazione.

13. Redazione Carta dei Servizi: Stesura del Patto con l'Utenza attraverso la pubblicazione della Carta dei Servizi della nuova Azienda Sanitaria.

Sistema regionale di valutazione della qualità percepita

Descrizione del contesto

L'ASP di Enna ha recepito i Decreti Assessoriali n. 03185/10 del 28 dicembre 2010 “Sistema regionale di valutazione della qualità percepita” e n. 1373 del 22/7/2011 “Guida all'implementazione per l'avvio del sistema regionale di qualità percepita” e ha costituito il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Qualità Percepita. L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico ha, pertanto, modificato gli strumenti fino ad allora utilizzati per la rilevazione della soddisfazione dell'utenza per adottare strumenti e metodi condivisi a livello regionale.

Gli obiettivi nella fase di *start up* sono stati:

- 1) il coinvolgimento quanto più esteso di attori (operatori sanitari e cittadini) che deve essere nel tempo incrementato e reso sistematico;
- 2) il raggiungimento, nel lasso di tempo indicato per l'anno 2011, almeno del 5% dei questionari redatti dai cittadini dimessi dai nostri ospedali sul totale dei ricoveri e dell'1% dei questionari compilati dagli utenti dei servizi ambulatoriali e diagnostici sul totale degli utenti.

Il nuovo sistema di valutazione della qualità percepita è stato avviato nei Presidi Ospedalieri di Enna, Nicosia, Piazza Armerina e Leonforte, e presso i quattro Distretti Sanitari (Agira, Nicosia, Piazza Armerina ed Enna):

- Distretto di Enna: Poliambulatori di Enna, Catenanuova, Valguarnera, Villarosa e Centuripe
- Distretto di Piazza Armerina: Poliambulatori di Piazza Armerina, Barrafranca, Pietraperzia
- Distretto di Nicosia: Nicosia, Troina, Capizzi
- Distretto di Agira: Agira, Leonforte e Regalbuto.

Nel corso dell'anno 2012, si è passati gradualmente dal sistema iniziale di rilevazione ed elaborazione al nuovo sistema in rete tramite lettura ottica dei questionari con l'elaborazione in tempo reale e la possibilità di compilare *online* il questionario. La messa in regime completa del nuovo sistema regionale di rilevazione con il nuovo programma informatico sarà raggiunta entro il primo trimestre del 2013.

L'attivazione del sistema di valutazione qualità percepita, in coerenza con le linee regionali, è stato caratterizzato dalle seguenti attività:

- Individuazione rete referenti qualità percepita: sono stati indicati quali referenti per la qualità percepita gli operatori appartenenti alla U.O. URP, all'U.O. Qualità, e infermieri professionali in servizio presso i presidi ospedalieri;
- Riunioni e incontri con i Coordinatori dei Distretti Ospedalieri, i Direttori dei Distretti Sanitari, i responsabili delle UU.OO. CC., capisala;
- Coinvolgimento del Comitato Consultivo Aziendale con incontri ripetuti nel tempo;
- Incontri con singole associazioni di volontariato;
- Avvio opera di informazione con campagne di stampa, diffusione materiale informativo, affissione locandine; invio note ai dirigenti delle strutture sanitarie a firma della Direzione.

Modalità operative

I questionari sono a disposizione dei cittadini presso le sedi URP e periodicamente vengono inoltrati al Comitato Consultivo Aziendale; presso le Associazioni più presenti all'interno del CCA sono stati realizzati incontri finalizzati a promuovere la conoscenza del nuovo sistema di qualità percepita e a implementare il suo utilizzo, anche *online*.

La rilevazione viene effettuata mensilmente, in periodi predefiniti in base alla presenza delle attività ambulatoriali cadenzate nella settimana. Il campionamento è casuale, con somministrazione mensile pari al 30% dei questionari sul totale dei ricoveri riferito all'anno precedente e del 2% in media riferito all'utenza ambulatoriale.

Oggetto della rilevazione è il complesso delle strutture ospedaliere presenti nell'ASP di Enna: Presidi di Enna e Piazza Armerina (Distretto Ospedaliero Enna1) e di Nicosia e Leonforte (Distretto Ospedaliero Enna2).

Per la rilevazione della qualità percepita per le prestazioni ambulatoriali, sono coinvolti i poliambulatori ospedalieri e i poliambulatori collocati nei quattro Distretti Sanitari (Enna, Piazza Armerina, Agira e Nicosia).

Così come indicato dalla normativa regionale, sono stati esclusi dalla rilevazione gli ambulatori del Dipartimento Salute Mentale, i Consulteri, le terapie intensive, il pronto soccorso.

I questionari vengono distribuiti presso i punti URP nei presidi ospedalieri, dai capisala e dai volontari del Comitato Consultivo Aziendale, già disponibili a collaborare in alcune strutture dell'Azienda.

Il coinvolgimento dei volontari nel progetto di rilevazione della qualità percepita è un obiettivo che è costantemente perseguito dall'U.O. dell'URP e dal Comitato Consultivo Aziendale. Le modalità di consegna sono al momento della dimissione in ospedale e dopo l'effettuazione della prestazione specialistica presso i poliambulatori.

La somministrazione avviene grazie alla rete dei referenti, dei capisala, degli operatori URP e da parte di alcuni volontari adeguatamente preparati.

È previsto l'aiuto degli operatori e dei volontari nella compilazione del questionario solo in casi di evidente difficoltà da parte degli utenti nella lettura e nell'indicazione delle risposte.

Per la consegna, sono disponibili le cassette presso i reparti ospedalieri e i poliambulatori; la restituzione avviene anche presso i punti URP.

In merito all'elaborazione, sono stati individuati gli operatori preposti alla lettura ottica dei questionari con scanner e pc: le postazioni sono allocate presso l'URP di Piazza Armerina e l'URP di Nicosia.

L'attività di reporting contempla l'elaborazione trimestrale e la consegna dei report ai dirigenti delle strutture: ciò consente l'individuazione delle criticità e dei piani di miglioramento conseguenti. I report finali sono pubblicati sul sito web aziendale.

Analisi dei dati

Presentiamo l'elaborazione finale dei dati distinti per servizi diagnostici e ambulatoriali e per ricoveri.

Relazione annuale aziendale per la valutazione della qualità dei servizi diagnostici ed ambulatoriali

N° utenti dei servizi diagnostici ed ambulatoriali in tutta l'azienda: 102.000

N° questionari somministrati per la valutazione dei servizi diagnostici ed ambulatoriali in tutta l'azienda: 1.872

Il giudizio espresso dagli utenti in prima battuta per la qualità del servizio ricevuto è buono per il 54%, sufficiente per il 27%:

D1) Qual è il Suo giudizio rispetto alla qualità del servizio che ha ricevuto ?					
pessimo	insufficiente	sufficiente	buono	non compilato	nullo
N°16 (1%)	N°53 (3%)	N°513 (27%)	N°1194 (64%)	N°87 (4%)	N° 9 (1%)

D2) E' la prima volta che si reca in questo ambulatorio?			
Si	No	non compilato	Nullo
N° 537 (29%)	N°1239 (66%)	N° 77 (4%)	N° 19 (1%)

D3) Oggi ha effettuato?					
una visita	una terapia	un esame	una visita ed un esame	non compilato	Nullo
N° 765 (41%)	N° 121 (6%)	N°645 (34%)	N°259 (14%)	N° 51 (3%)	N°31 (2%)

D4) Quale è il motivo prevalente per cui ha scelto questa struttura?	
	N° 628 (33%) consiglio di un medico (medico di famiglia, specialista...)
	N° 121 (6%) consiglio di amici/parenti
	N° 427 (23%) competenza della struttura/del professionista
	N° 404 (22%) vicinanza
	N 132 (7%) tempi di attesa più brevi
	N° 52 (3%) altro
	N° 39 (2%) non compilato
	N° 69 (4%) nullo

D5) Chi le ha richiesto la visita specialistica?	N° 1304 (69%) medico di famiglia N° 309 (17 %) lo specialista N° 97 (5 %) è un controllo a seguito di ricovero N° 110 (6%) altro N° 39 (2 %) non compilato N° 13 (1%) nullo
---	--

D6) Come ha effettuato la prenotazione?	N°1272 (68%) di persona N° 495 (26 %) telefonicamente N° 11 (1 %) tramite internet N° 13 (%) tramite fax N° 41 (2 %) altro N° 25 (1 %) non compilato N° 15 (1 %) nullo
--	---

D7) La modalità di prenotazione è stata agevole?			
Si	No	non compilato	Nullo
N ° 1377 (73 %)	N° 385 (21%)	N° 91 (5 %)	N° 19 (1%)

Il 21% degli utenti ha giudicato non agevole la modalità di prenotazione. Occorre evidenziare che le criticità segnalate sono state oggetto di azioni di miglioramento da parte della Ditta che gestisce il CUP (Centro Unico di Prenotazione). Le maggiori criticità derivavano dal cattivo funzionamento del numero verde e da vari disagi che venivano a verificarsi in assenza improvvisa dello specialista.

D8) Come valuta il tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione, rispetto al suo stato di salute?	N ° 181 (10 %) molto lungo N° 483 (26 %) lungo N° 809 (43 %) adeguato N° 324 (17 %) breve N° 44 (2 %) non compilato N° 30 (2 %) nullo
--	--

D9) Qual è il suo giudizio sull'accessibilità alla struttura rispetto ai seguenti aspetti?						
D9a) Disponibilità di parcheggi	pessimo N° 170 (9 %)	insufficiente N°310 (17 %)	sufficiente N°667 (35 %)	buono N°673 (36 %)	non compilato N°42 (2 %)	nullo N° 10 (1 %)
D9b) Raggiungibilità della struttura	pessimo N° 56 (3 %)	insufficiente N° 131 (7 %)	sufficiente N° 797 (42 %)	buono N° 835 (45 %)	non compilato N° 46 (2 %)	nullo N° 7 (1 %)
D9c) Segnaletica interna alla struttura per raggiungere l'ambulatorio	pessimo N° 54 (3 %)	insufficiente N° 161 (8 %)	sufficiente N° 809 (43%)	buono N° 787 (42 %)	non compilato N° 53 (3 %)	nullo N° 8 (1 %)
D9d) Barriere architettoniche	pessimo N° 92 (5 %)	insufficiente N° 189 (10 %)	sufficiente N° 770 (41%)	buono N° 701 (37 %)	non compilato N° 113 (6 %)	nullo N° 7 (1 %)

D10) Al momento della prenotazione Le è stato precisato un orario?	N° 1309 (70 %) si N° 397 (21 %) una fascia oraria N° 79 (4 %) no, nessuna indicazione N° 77 (4 %) non compilato N° 10 (1 %) nullo
---	---

D11) Se Le è stato indicato un orario o una fascia oraria, quanto tempo è trascorso tra l'orario in cui Le è stato fissato l'appuntamento ed il momento in cui è stato chiamato per effettuare la visita/esame/terapia ?	N° 897 (48 %) meno di 30 minuti N° 617 (33 %) tra 30 e 60 minuti N° 192 (10 %) più di 60 minuti N° 152 (8 %) non compilato N° 14 (1 %) nullo
---	--

D12) Qual è il Suo giudizio rispetto alla pulizia degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche) ?	pessimo N° 48 (2 %)	insufficiente N° 174 (9 %)	sufficiente N° 815 (44 %)	buono N° 790 (42 %)	non compilato N° 34 (2 %)	nullo N° 11 (1 %)
---	---------------------------	----------------------------------	---------------------------------	---------------------------	---------------------------------	-------------------------

D13) Qual è il Suo giudizio rispetto alla comodità degli ambienti (sale di attesa, ambulatori, sale diagnostiche) ?	pessimo N° 65 (3 %)	insufficiente N° 260 (14 %)	sufficiente N° 796 (43 %)	buono N° 679 (36 %)	non compilato N° 63 (3 %)	nullo N° 9 (1 %)
--	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------	---------------------------------	------------------------

D14) Come valuta l'attenzione che Le ha dedicato il professionista che l'ha assistita?	scarsa N° 14 (1 %)	sufficiente N° 129 (7 %)	adeguata N° 687 (36 %)	ottima N° 970 (52 %)	non compilato N° 66 (3 %)	nullo N° 6 (1 %)
---	--------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------

D15) Qual è il Suo giudizio in merito alle informazioni che ha ricevuto sulla diagnosi e sulle Sue condizioni di salute?	pessimo N° 10 (1 %)	insufficiente N° 35 (2 %)	sufficiente N° 645 (34 %)	buono N° 1057 (56 %)	non compilato N° 117 (6 %)	nullo N° 8 (1 %)
---	---------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------------	------------------------

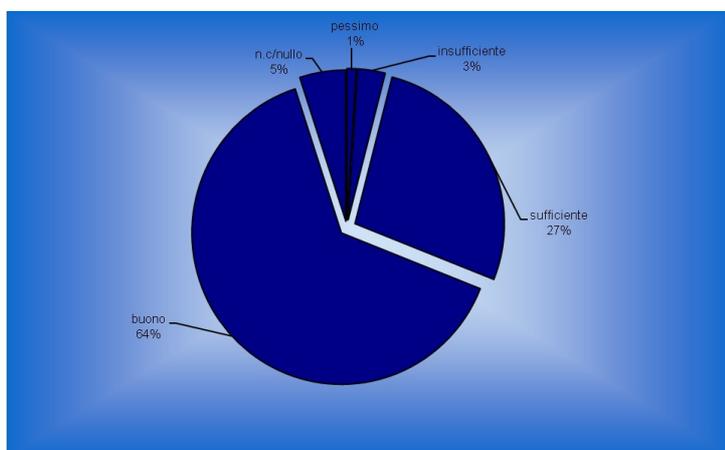
D16) Qual è il Suo giudizio in merito alle informazioni che ha ricevuto sulle terapie e sui comportamenti da seguire a casa?	pessimo N° 12 (1 %)	insufficiente N° 28 (2 %)	sufficiente N° 590 (31 %)	buono N° 1059 (56 %)	non compilato N° 175 (9 %)	nullo N° 8 (1 %)
---	---------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------------	------------------------

D17) Qual è il Suo giudizio sul rispetto della riservatezza durante la visita/terapia/esame?	pessimo N° 8 (1 %)	insufficiente N° 35 (2 %)	sufficiente N° 513 (27 %)	buono N° 1216 (64 %)	non compilato N° 94 (5 %)	nullo N° 6 (1 %)
---	--------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------

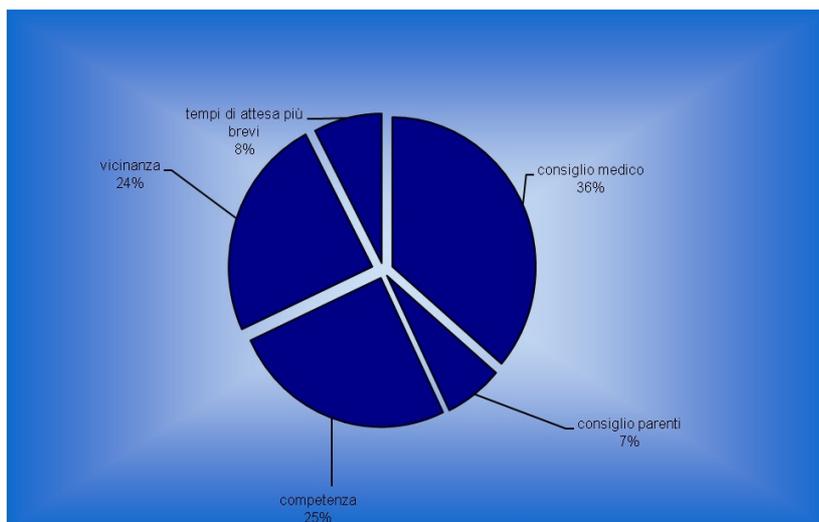
D18) Qual è il Suo giudizio in merito alla gentilezza e alla cortesia del personale?	<p>peggioro N° 8 (1 %)</p>	<p>insufficiente N° 34 (2 %)</p>	<p>sufficiente N° 392 (21 %)</p>	<p>buono N° 1365 (72 %)</p>	<p>non compilato N° 66 (3 %)</p>	<p>nullo N° 7 (1 %)</p>
D19) Se ha pagato il ticket, come valuta il tempo di attesa per il pagamento?	<p>N° 143 (7 %) molto lungo N° 313 (17 %) lungo N° 610 (33 %) adeguato N° 265 (14 %) breve N° 530 (28 %) non compilato N° 11 (1 %) nullo</p>					
D20) Se ha fatto un esame, come valuta il tempo di consegna del referto?	<p>N° 63 (3%) molto lungo N° 222 (12 %) lungo N°760 (41 %) adeguato N° 459 (24 %) breve N° 359 (19%) non compilato N° 9 (1%) nullo</p>					
D21) Rispetto alle Sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato	<p>N° 103 (5 %) peggiore di come me lo aspettavo N° 1026 (55 %) come me lo aspettavo N° 631 (34 %) migliore di come me lo aspettavo N° 99 (5 %) non compilato N° 13 (1 %) nullo</p>					
D23) Chi risponde al questionario	<p>N° 1271 (68 %) paziente; N° 414 (22 %) familiare N° 54 (3 %) altra persona; N° 118 (6 %) non compilato N° 15 (1 %) nullo</p>					
D24) Sesso	<p>N° 648 (35 %) maschio; N°1081 (58 %) femmina N°124 (6 %) non compilato; N°19 (1 %) nullo</p>					
D25) Età (in anni compiuti)	<p>N°170 (9 %) 18-30; N° 597 (32 %) 31-50; N°456 (24 %) 51-70 N°114 (6 %) oltre 70; N° 535 (29 %) non compilato; N° 0 (0 %) nullo</p>					
D26) Titolo di studio conseguito	<p>N° 51 (3 %) nessuno; N° 237 (13 %) licenza elementare N° 614 (33 %) licenza di scuola media inf; . N° 647 (34 %) diploma N° 167 (9 %) laurea e post-laurea N° 136 (7 %) non compilato; N° 20 (1 %) nullo</p>					
D27) Professione	<p>N° 547 (29 %) casalinga; N°545 (29 %) operaio / impiegato N° 57 (3 %) dirigente; N° 234 (12 %) pensionato N°55 (3 %) artigiano ; N° 76 (4 %) commerciante N°74 (4 %) studente; N°71 (4 %) in cerca di occ. N°55 (3 %) altro N°144 (7 %) non compilato; N° 14 (1 %) nullo</p>					
D28) Residenza	<p>N°1542 (82 %) Stessa provincia dell'Azienda N° 127 (7 %) Provincia diversa dall'Azienda N° 0 (0 %) Altra Regione; N°0 (0 %) Altro Stato N°195 (10 %) non compilato; N° 8 (1 %) nullo</p>					
D29) Nazionalità	<p>N° 1670 (89%) Nazionalità italiana; N°0 (0%) Altra nazionalità N° 188 (10 %) non compilato; N°14 (1%) nullo</p>					

Breve sintesi esplicativa:

Il giudizio complessivo rispetto alla **qualità del servizio ricevuto durante le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche** ha ricevuto le seguenti risposte:
(in percentuale; non compilato e nullo sono stati sommati):



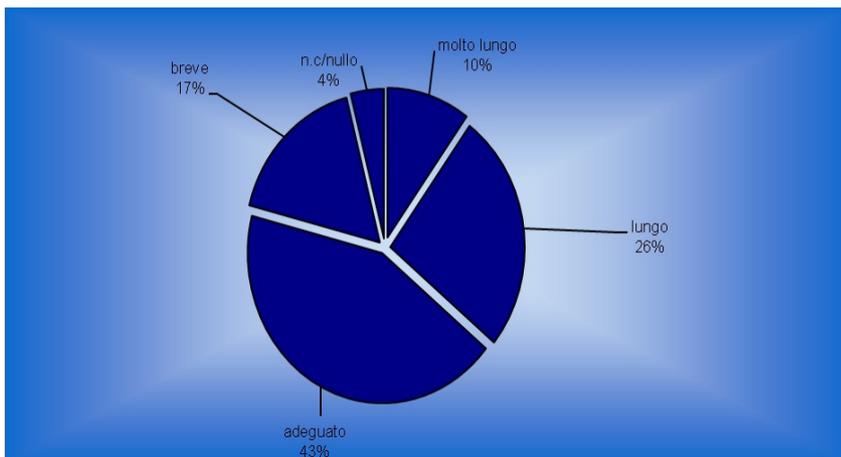
Va sottolineato che il 66 % degli utenti che hanno risposto conosceva la struttura, scelta per questi motivi:



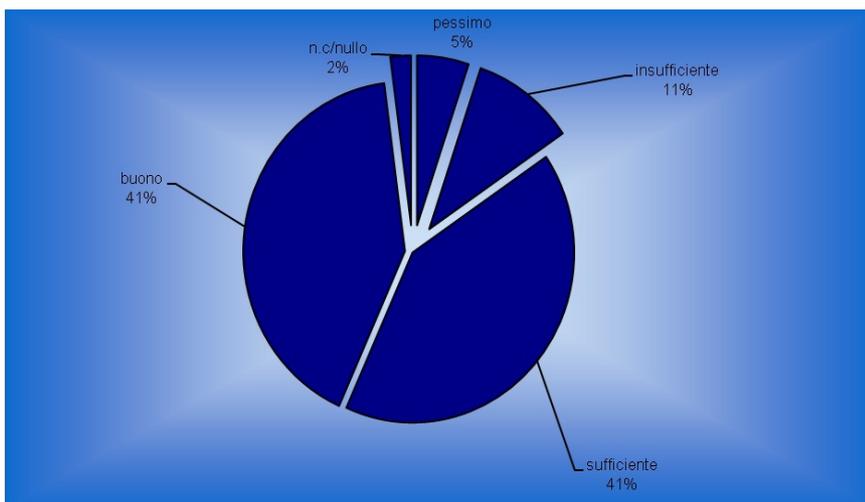
La prenotazione è stata effettuata di persona per il 68 %, telefonicamente per il 26%.

La modalità di prenotazione è stata dichiarata agevole dal 73 %.

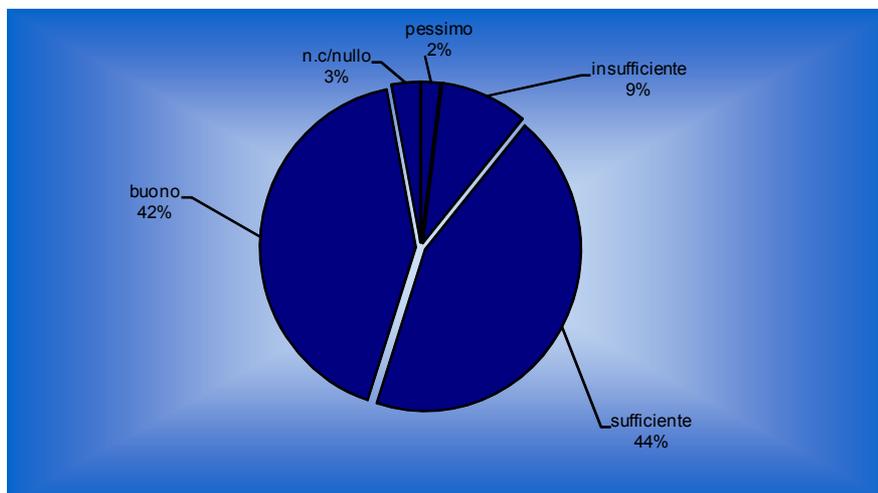
Un aspetto particolarmente rilevante è la valutazione, da parte dell'utenza, del tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione rispetto allo stato di salute. Si tratta di un indicatore, a nostro avviso, estremamente sensibile per la rilevazione della percezione del cittadino in merito all'efficacia della struttura sanitaria (domanda: Come valuta il tempo di attesa?)



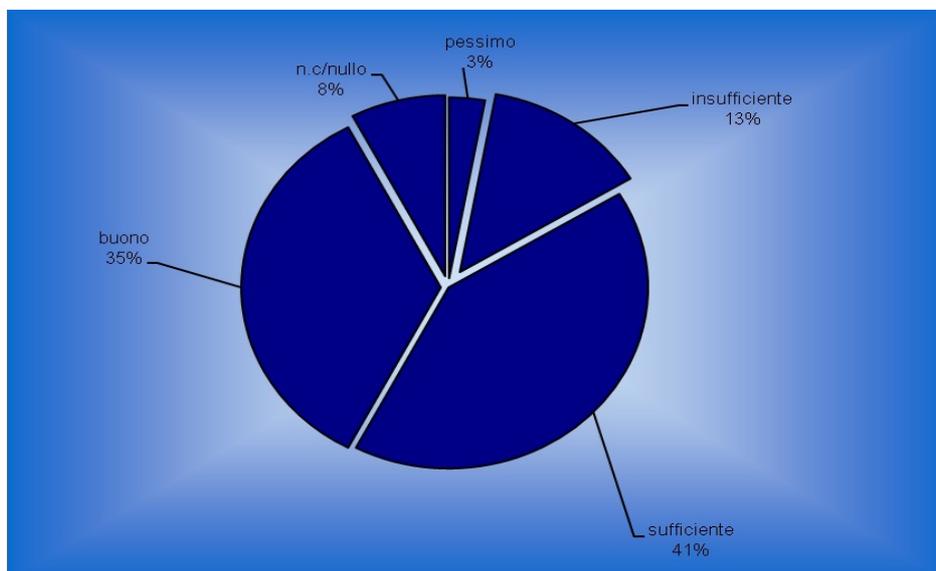
In base alla media dei valori riscontrati nei diversi *items* scelti per rilevarlo (disponibilità parcheggi, raggiungibilità della struttura, segnaletica interna, barriere architettoniche), il grado di **accessibilità** della struttura viene giudicato:



In merito al comfort delle strutture, il giudizio rispetto alla **pulizia** degli ambienti è stato:



In merito alla **comodità** degli ambienti, i giudizi si presentano così articolati:

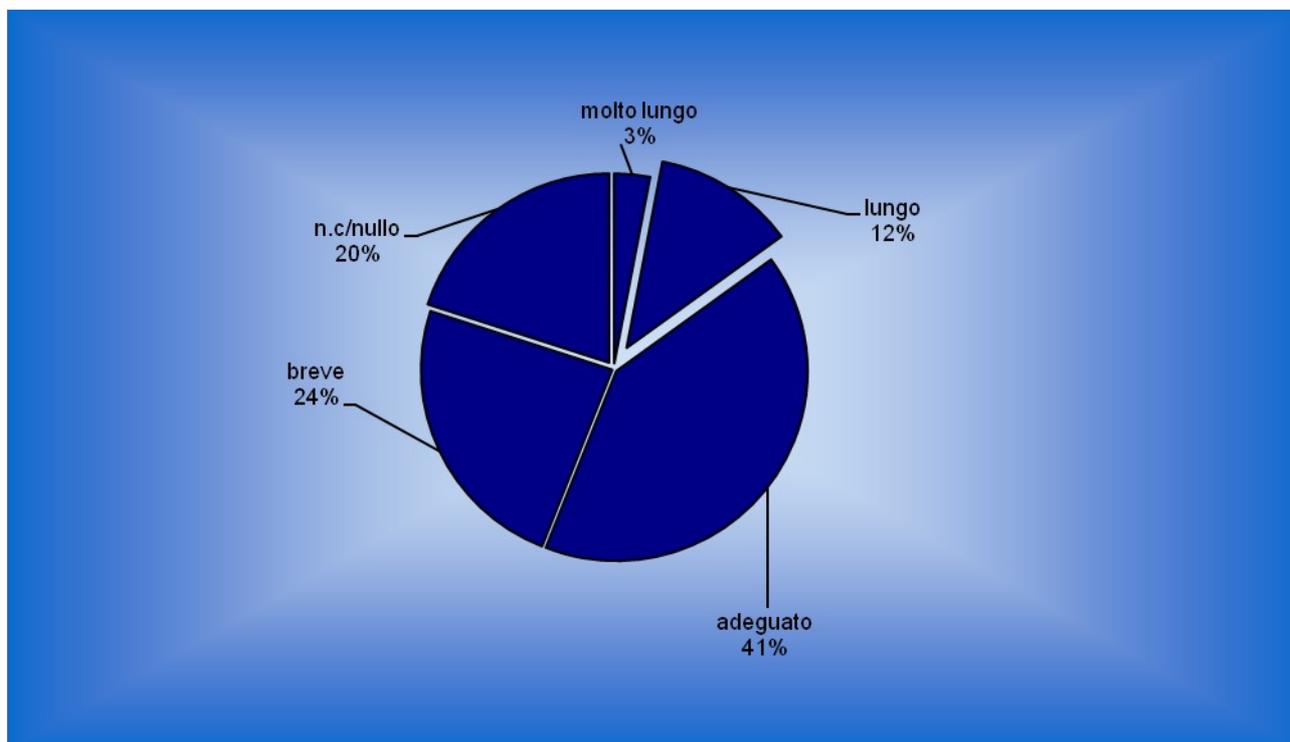


Un'attenzione particolare va rivolta alla questione dei parcheggi che si presenta piuttosto problematica per alcune strutture, come ad esempio, il Poliambulatorio di Enna, dove il parcheggio per i cittadini è sul suolo comunale. Non essendo connesso ad azioni dirette da parte dell'Azienda,

l'azione di miglioramento possibile potrà far leva sulla sinergia con il Comitato Consultivo Aziendale affinché sviluppi la necessaria connessione tra Azienda ed Ente Locale.

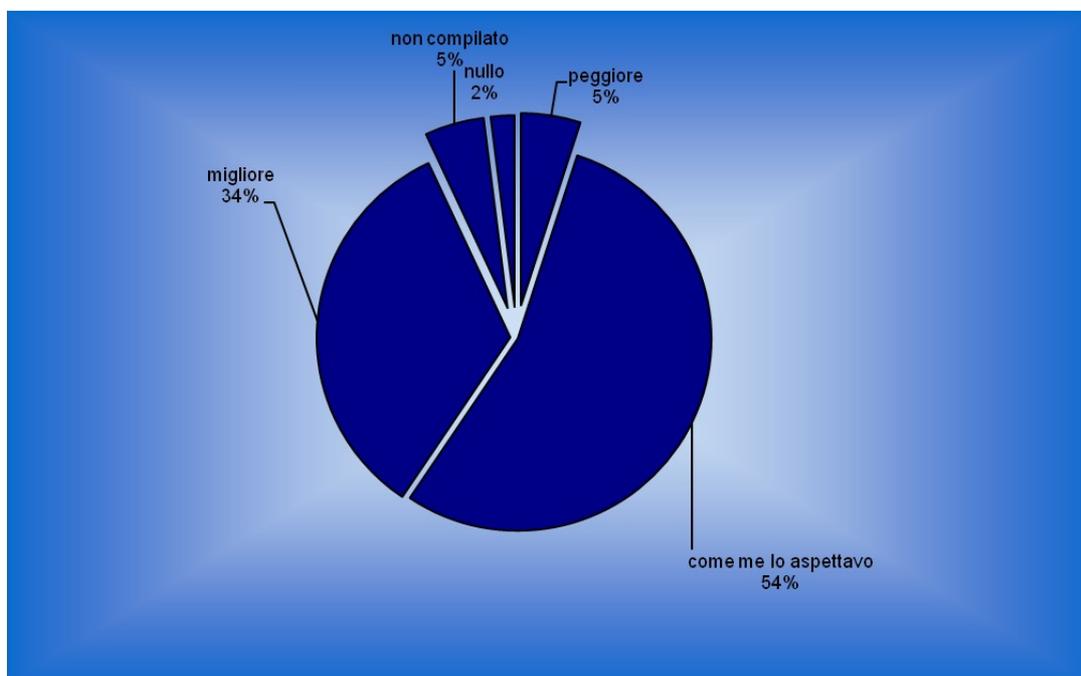
In merito alla capacità di interloquire con l'utenza (informazioni date su salute e terapie, attenzione dedicata dal professionista, gentilezza e cortesia del personale) gli indicatori denotano un giudizio alquanto positivo espresso sui vari aspetti presi in considerazione, anche se il giudizio si presenta diversificato in base ai diversi items proposti (la risposta alla domanda "Qual è il giudizio in merito alla gentilezza e cortesia del personale" registra il 72% di giudizi "buono", mentre la domanda "Qual è il suo giudizio in merito alle informazioni che ha ricevuto sulla diagnosi e sulla sua condizione di salute" riceve il 56% di risposte "buono").

Il tempo di attesa per la consegna del referto, nel caso di un esame, è considerato:



Attenzione specifica su quanto rilevato sarà dedicata dagli operatori in merito alle diverse realtà evidenziate nei quattro Distretti Sanitari.

Rispetto alle aspettative, come viene giudicato il servizio ricevuto?



Il 54% dei cittadini dichiara, pertanto, che il servizio ricevuto è stato conforme alle aspettative; il 34% lo giudica migliore rispetto a quanto immaginato, il 5% peggiore. È sicuramente un risultato che premia l'impegno degli operatori ma che necessita di una lettura più approfondita per assicurare il processo continuo di miglioramento dei servizi resi agli utenti.

Le caratteristiche socio anagrafiche rilevate ci dicono, in sintesi, che hanno compilato i questionari 1081 donne (il 58% del totale) e 648 uomini (35%). In merito alle fasce d'età, il 9% ha un'età compresa tra i diciotto e i 30 anni, il 32% va da 31 a 50 anni, il 24% da 51 a 70, oltre i 70 anni il 6%. Non ha indicato

l'età il 29 %. Il 34 % ha il diploma, il 29 % è operaio o impiegato, il 29 % è costituito da casalinghe, il 12 % da pensionati. Il 7 % proviene da una provincia diversa da quella ennese.

Azioni di miglioramento individuate in seguito all'analisi dei dati

Criticità: disponibilità parcheggi

Distretto Enna, Poliambulatorio sito a Enna Alta , viale Diaz n. 49, 94100 Enna

In merito all'area "Accessibilità alla struttura" il 32% degli utenti giudica pessima la disponibilità dei parcheggi, il 27% esprime il giudizio insufficiente.

Le azioni di miglioramento individuate sono due:

- 1) Rimodulazione parcheggi riservati alla direzione del Distretto per consentire la disponibilità di più posti macchina in caso di necessità all'utenza.**

Il responsabile dell'azione è il Direttore del Distretto.

Indicatore: Presenza di due posti auto all'interno del cortile ASP.

- 2) Coinvolgimento attivo del Comitato Consultivo Aziendale per interlocuzione, in sinergia con l'ASP, con l'Ente Locale (Comune di Enna) per accrescere la disponibilità dei parcheggi nelle vie circostanti il Poliambulatorio.**

Il professionista incaricato dell'azione è il responsabile dell'URP che esporrà al Comitato Consultivo Aziendale il dato ricavato dall'analisi dei questionari.

Relazione annuale aziendale per la valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale

N° 8.900 utenti dimessi in ricovero ordinario in tutta l'azienda

N° 584 questionari somministrati per la valutazione dei servizi di ricovero e cura in tutta l'azienda

Parte I: Presentazione dei dati

D1) Qual è il Suo giudizio rispetto alla qualità del servizio che ha ricevuto durante il ricovero?					
pessimo N° 3 (1%)	insufficiente N° 9 (2%)	sufficiente N° 105 (18%)	buono N° 416 (71%)	non compilato N° 48 (7%)	nullo N°3 (1%)

Il giudizio Buono riferito alla qualità del servizio è pari al 71% delle risposte.

D2) Qual è il Suo giudizio rispetto all'accoglienza al momento del ricovero per gli aspetti qui elencati?						
D2a) Gentilezza e cortesia di chi l'ha accolto	pessimo N°4 (1%)	insufficiente N°10 (1%)	sufficiente N°110 (19%)	buono N°449 (77%)	non compilato N°6 (1%)	nullo N°5 (1%)
D2b) Disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto	pessimo N°8 (1%)	insufficiente N°19 (4%)	sufficiente N°166 (28%)	buono N°373 (64%)	non compilato N°14 (2%)	nullo N°4 (1%)
D2c) Tempo intercorso tra l'ingresso in reparto e l'assegnazione del posto letto	pessimo N° 2 (1%)	insufficiente N°14 (2%)	sufficiente N°132 (23%)	buono N°415 (70%)	non compilato N°20 (3%)	nullo N°1 (1%)

D3) Qual è il Suo giudizio rispetto al personale medico per ciascuno degli aspetti qui elencati?						
D3a) Gentilezza e cortesia nei rapporti	pessimo N°6 (1%)	insufficiente N°6 (1%)	sufficiente N°105 (18%)	buono N°458 (78%)	non compilato N°7	nullo N°2 (1%)

					(1 %)	
D3b) Disponibilità ad ascoltare le sue richieste	pessimo N°5 (1%)	insufficiente N°18 (3 %)	sufficiente N°120 (21 %)	buono N°420 (71%)	non compilato N°19 (3%)	nullo N°2 (1%)
D3c) Informazioni ricevute sulla diagnosi e le condizioni di salute	pessimo N°4 (1%)	insufficiente N°19 (3%)	sufficiente N°137 (23%)	buono N°410 (70 %)	non compilato N°11 (2 %)	nullo N°3 (1 %)
D3d) Informazioni ricevute sui rischi legati alle cure e alla terapia	pessimo N°8 (1%)	insufficiente N°24 (4%)	sufficiente N°144 (25%)	buono N°380 (65%)	non compilato N°25 (4%)	nullo N°3 (1%)
D3e) Informazioni ricevute al momento della dimissione (prescrizioni, appuntamenti per controlli successivi...)	pessimo N°9 (1%)	insufficiente N°14 (2%)	sufficiente N°134 (23%)	buono N°385 (66%)	non compilato N°39 (7 %)	nullo N°3 (1 %)

D4) Qual è il Suo giudizio rispetto al personale infermieristico per ciascuno degli aspetti qui elencati?						
D4a) Gentilezza e cortesia nei rapporti	pessimo N°8 (1%)	insufficiente N°9 (2 %)	sufficiente N°96 (16 %)	buono N°445 (76 %)	non compilato N°24 (4%)	nullo N°2 (1 %)
D4b) Disponibilità ad ascoltare le sue richieste	pessimo N° 9 (2%)	insufficiente N°9 (2%)	sufficiente N°116 (19 %)	buono N°420 (72 %)	non compilato N°27 (4 %)	nullo N°3 (1 %)
D4c) Sostegno, capacità di tranquillizzare e di mettere a proprio agio	pessimo N°9 (2%)	insufficiente N°11 (2 %)	sufficiente N°123 (20 %)	buono N°420 (72 %)	non compilato N°18 (3 %)	nullo N°3 (1 %)
D4d) Disponibilità a dare informazioni	pessimo N°12 (2 %)	insufficiente N°16 (3 %)	sufficiente N°126 (22 %)	buono N°405 (69%)	non compilato N°24 (4%)	nullo N°1 (- %)

D5) Qual è il Suo giudizio rispetto agli ambienti e all'organizzazione per quanto riguarda gli aspetti qui elencati?						
D5a) Cura e decoro degli ambienti	pessimo N° 10 (2%)	insufficiente N°28 (5%)	sufficiente N°210 (36%)	buono N°310 (53 %)	non compilato N°25 (4 %)	nullo N°1 (- %)
D5b) Pulizia degli ambienti	pessimo N°9 (2 %)	insufficiente N°26 (4 %)	sufficiente N°194 (33 %)	buono N°322 (55 %)	non compilato N°33 (6 %)	nullo N°- (- %)
D5c) Funzionalità dei servizi igienici	pessimo N° 17 (3 %)	insufficiente N°29 (5 %)	sufficiente N°177 (30 %)	buono N°325 (56 %)	non compilato N°36 (6 %)	nullo N°- (- %)
D5d) Temperatura nelle stanze	pessimo N° 13 (2%)	insufficiente N°24 (4%)	sufficiente N°174 (30 %)	buono N°341 (58%)	non compilato N°31 (5 %)	nullo N°1 (1 %)
D5e) Illuminazione nelle stanze	pessimo N°4 (1%)	insufficiente N°6 (1 %)	sufficiente N°136 (23%)	buono N°409 (70 %)	non compilato N°29 (5 %)	nullo N°- (- %)

D5f) Tranquillità, silenzio nel reparto	pessimo N°7 (1%)	insufficiente N°32 (5%)	sufficiente N°162 (28 %)	buono N°329 (56 %)	non compilato N°54 (10 %)	nullo N°- (- %)
D5g) Qualità dei pasti	pessimo N°24 (4%)	insufficiente N°37 (7 %)	sufficiente N°199 (34 %)	buono N°254 (43%)	non compilato N°66 (11 %)	nullo N°4 (1 %)
D5h) Orari dei pasti	pessimo N° 29 (5 %)	insufficiente N° 27 (5 %)	sufficiente N°198 (34 %)	buono N°258 (44%)	non compilato N°71 (12 %)	nullo N°1 (- %)
D5i) Possibilità di scelta del menu	pessimo N° 24 (5 %)	insufficiente N° 43 (7%)	sufficiente N° 208 (36 %)	buono N° 253 (43%)	non compilato N°54 (9 %)	nullo N°2 (1 %)
D5j) Orari di visita dei familiari	pessimo N° 10 (2%)	insufficiente N° 22 (4 %)	sufficiente N°216 (37 %)	buono N°289 (49 %)	non compilato N°45 (8 %)	nullo N°2 (1 %)
D5k) Rispetto della privacy	pessimo N° 12 (2%)	insufficiente N°22 (4 %)	sufficiente N°167 (29 %)	buono N° 346 (59 %)	non compilato N°36 (6 %)	nullo N°1 (- %)
D5l) Condizioni di trasporto (carrozzella, barella..)	pessimo N° 6 (1 %)	insufficiente N°17 (3 %)	sufficiente N°164 (28 %)	buono N°303 (52%)	non compilato N° 92 (16 %)	nullo N°2 (- %)

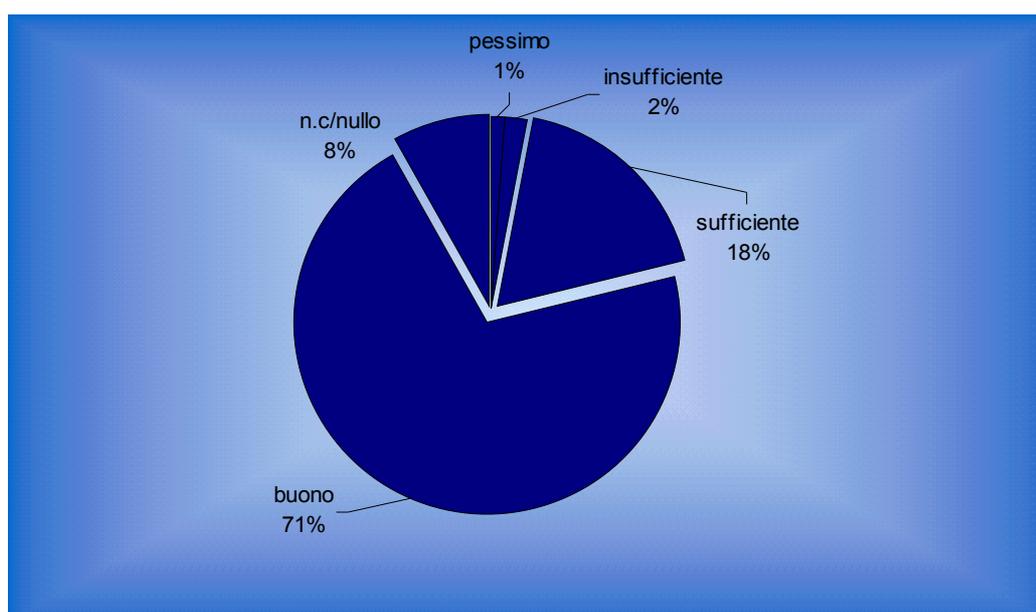
D6) Rispetto alle sue aspettative, il servizio che ha ricevuto è stato
N° 24 (4 %) peggiore di come me lo aspettavo
N° 269 (46%) come me lo aspettavo
N° 196 (34 %) migliore di come me lo aspettavo
N° 86 (14 %) non compilato
N° 9 (2%) nullo

D8) Chi risponde al questionario	N° 195 (33 %) paziente; N° 286 (49%) familiare N° 28 (5 %) altra persona N° 68 (12 %) non compilato N° 7 (1 %) nullo
D9) Sesso	N° 187 (32 %) maschio N° 334 (57 %) femmina; N° 52 (9 %), non compilato N° 11 (2 %) nullo
D10) Età	N° 76 (13 %) 18-30; N° 141 (24 %) 31-50; N° 82 (14 %) 51-70 ; N° 42 (7 %) oltre 70; N° 243 (42 %) non compilato; N° 0 (0 %) nullo
D11) Titolo di studio conseguito	N° 11 (2 %) nessuno; N° 71 (12 %) licenza elementare N° 169 (29 %) licenza di scuola media inf.; N° 200 (34 %) diploma N° 51 (9 %) laurea e post-laurea N° 75 (13 %) non compilato; N° 7 (1 %) nullo
D12) Professione	N° 158 (27%) casalinga; N° 164 (28 %) operaio / impiegato N° 12 (2 %) dirigente; N°78 (13 %) pensionato N° 21 (4 %) artigiano; N° 15 (3 %) commerciante N° 15 (3 %) studente; N° 25 (4 %) in cerca di occ. N° 36 (6%) altro, specificare..... N° 57(10 %) non compilato; N°3 (1 %) nullo
D13) Residenza	N° 428 (73 %) Stessa provincia dell'Azienda; N° 23 (4 %) Provincia diversa dall'Azienda N° 0 (0 %) Altra Regione; N° 0 (0 %) Altro Stato N° 38 (7 %) non compilato; N° 95 (16 %) nullo
D14) Nazionalità	N° 481 (82 %) Nazionalità italiana; N°0 (0 %) Altra nazionalità

	N° 100 (17 %) non compilato; N° 3 (1 %) nullo
D15) E' stato già ricoverato in questa unità operativa?	N° 248 (42 %) si; N° 241 (41 %) no N° 91 (16 %) non compilato; N° 4 (1 %) nullo

Sintesi esplicativa

Il giudizio complessivo rispetto alla **qualità del servizio ricevuto durante il ricovero** ha ricevuto le seguenti risposte (in percentuale):

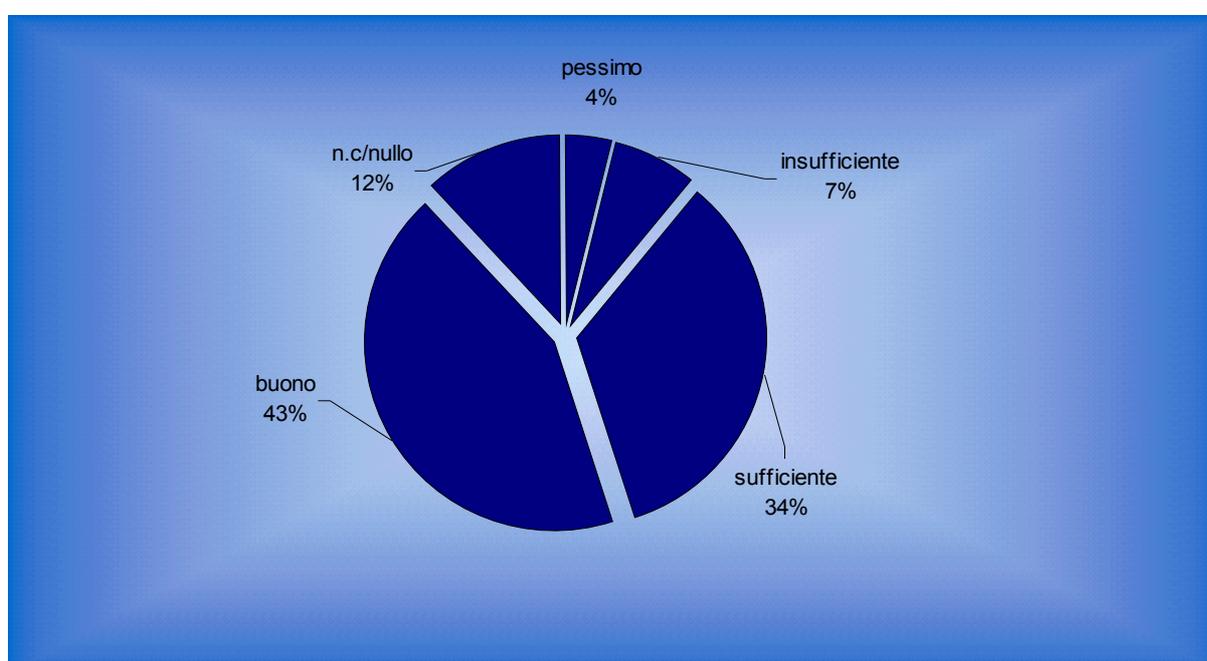


In merito **all'accoglienza ricevuta**, gli indicatori denotano un giudizio alquanto positivo espresso sui vari aspetti presi in considerazione (gentilezza e cortesia, disponibilità a dare informazioni sull'organizzazione del reparto...) anche se il giudizio si presenta diversificato in base ai diversi items proposti (la risposta "gentilezza e cortesia" registra il 77% di giudizi "buono", la disponibilità a dare informazioni il 64%).

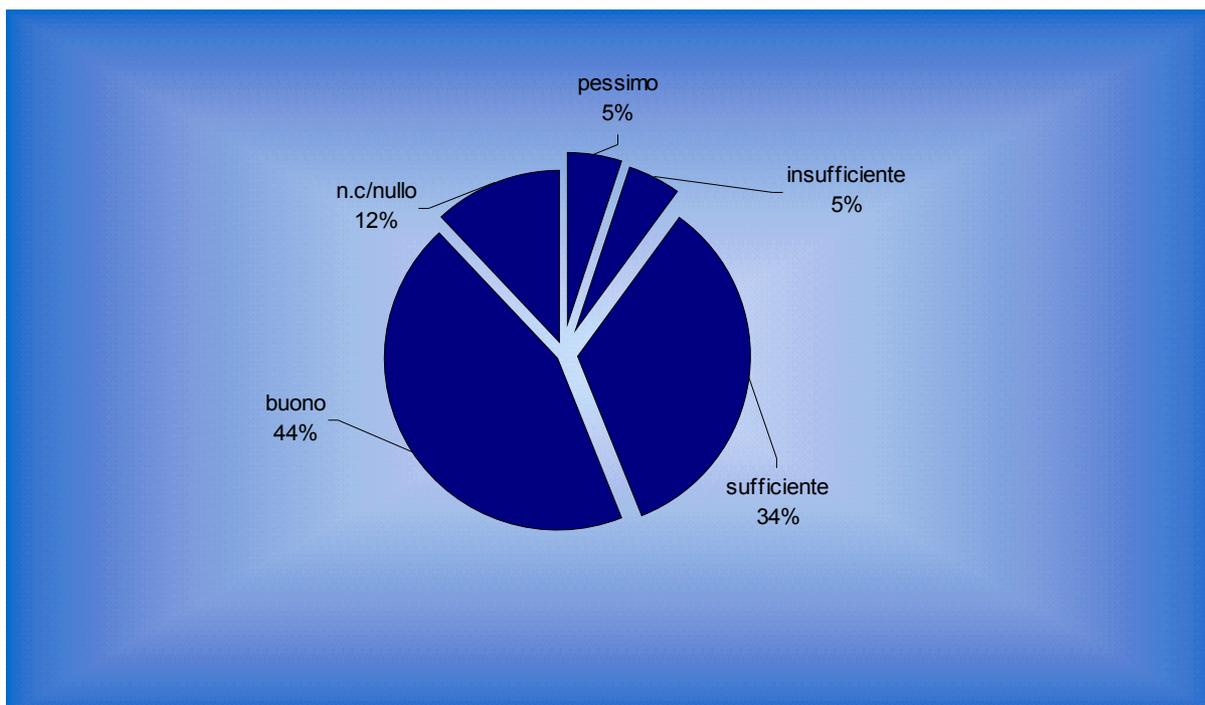
Il comportamento del personale medico viene considerato dal 70% dei cittadini dimessi complessivamente "buono" (media delle risposte ai vari items) ; quello infermieristico, dal 72%.

L'aspetto alberghiero dell'assistenza riceve giudizi meno positivi. Attenzione specifica su quanto rilevato sarà dedicata dagli operatori in merito alle diverse realtà evidenziate nei quattro presidi.

Qualità dei pasti



Orario dei pasti



Si segnala, pertanto, la necessità di agire sulla ristorazione e sulle modalità di servizio che vengono assicurate ai degenti. Sarà opportuno investire della tematica la Commissione Vitto presente nei Presidi Ospedalieri per le azioni di miglioramento necessarie. Evidenziamo che all'interno di ogni Commissione Vitto è presente un rappresentante dei cittadini.

Rispetto alle aspettative, come viene giudicato il servizio ricevuto?



Il 46% dei cittadini dimessi dichiara, pertanto, che il servizio ricevuto è stato conforme alle aspettative; il 34% lo giudica migliore rispetto a quanto immaginato, il 4% peggiore. È sicuramente un risultato che premia l'impegno degli operatori ma che necessita di una lettura più approfondita per assicurare il processo continuo di miglioramento dei servizi resi agli utenti.

Le caratteristiche socio anagrafiche rilevate ci dicono, in sintesi, che hanno compilato i questionari 334 donne (il 57% del totale) e 187 uomini (32%), di cui il 49% complessivo è costituito dai familiari dei ricoverati. In merito alle fasce d'età, il 13% ha meno di 31 anni, il 24% va da 31 a 50 anni, il 14% da 51 a 70, non ha indicato l'età ben il 42%. Il 34% ha il diploma, il 28% è operaio o impiegato, il 27% è costituito da casalinghe, il 13% da pensionati. Il 4% proviene da una provincia diversa da quella ennese.

Azioni di miglioramento individuate in seguito all'analisi dei dati

In merito all'aspetto alberghiero relativo alla qualità dei pasti, orari dei pasti, possibilità di scelta del menu, sono state riscontrate criticità particolarmente presenti presso il P.O. Umberto I di Enna

Le azioni di miglioramento individuate sono le seguenti:

1) Ispezioni trimestrali della Commissione Vitto presieduta dal Coordinatore del Distretto Ospedaliero

Professionista responsabile dell'azione: Coordinatore del Distretto Ospedaliero.

Indicatori: verbali di ispezione (uno per trimestre).

2) espletamento bando di assegnazione alla Ditta Esterna del servizio cucina. La gara è in corso di assegnazione. Nel bando sono previsti:

- nuovi orari per i pasti (colazione alle ore 7.30, pranzo alle ore 13.00, cena alle 19.00)
- piatti di portata in porcellana e non più in plastica per l'erogazione dei pasti
- scelta più ampia del menu.

Professionista responsabile dell'azione: Coordinatore del Distretto Ospedaliero.

I tempi previsti sono dodici mesi.

Indicatori entro il 31/12/2012:

1) presenza di nuovi orari;

2) ampliamento menu;

3) verifica con indagine ad hoc nei reparti ospedalieri tramite brevi interviste da parte dell'operatore URP del Presidio .

Progetto Regionale Audit civico e Piano di miglioramento

L'ASP di Enna ha realizzato il monitoraggio delle strutture sanitarie denominato Audit Civico, in base alla convenzione che la Regione Siciliana ha sottoscritto con Cittadinanzattiva Sicilia Onlus per l'attuazione del progetto finalizzato alla partecipazione dei cittadini alla realizzazione di una valutazione critica e sistematica delle politiche sanitarie regionali. Tale attività

è ricompresa tra i progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale, richiamata nel D.A. n. 2175 del 7 settembre 2010.

La Regione Siciliana, attraverso l’Audit civico, intende così realizzare un sistema di valutazione permanente dei servizi sanitari con il coinvolgimento attivo dei cittadini in attuazione, anche, di quanto previsto nel Piano Regionale della Salute 2011-2013, “...*promuovere, tra le iniziative per la valutazione dell’appropriatezza, dell’efficienza e della qualità dei servizi sanitari, finalizzate anche a rendere il sistema sanitario più trasparente per i suoi fruitori, lo strumento dell’audit civico, estendendo in tal modo i sistemi di valutazione, oltre che agli esperti del settore, anche ai principali interessati al buon funzionamento del SSN, ovvero i cittadini, rendendoli compartecipi dei processi di miglioramento del servizio stesso*”.

La metodologia dell’Audit civico prevede che la valutazione sia realizzata da équipe miste composte da operatori sanitari e cittadini. La realizzazione dell’AUDIT Civico ha avuto come U.O. di riferimento l’Ufficio per le Relazioni con Il Pubblico.

Le strutture e i servizi aziendali coinvolti nel Progetto, sulla base del Piano locale approvato dal Gruppo Regionale di Coordinamento e dalla Direzione, sono stati i seguenti:

Presidio Ospedaliero Umberto I:
Chirurgia Generale, Ostetricia, Urologia, Ortopedia, Cardiologia, Medicina, Neurologia Geriatria
Presidio Ospedaliero Chiello: Chirurgia Generale, Medicina, Ortopedia
Presidio Ospedaliero Nicosia: Pediatria, Medicina, Chirurgia Generale, Ostetricia
Presidio Ospedaliero Leonforte: Chirurgia Generale, Medicina
Dipartimento Salute Mentale: CSM e SERT Enna, CSM e SERT Nicosia, CSM e SERT di Piazza Armerina
Distretti Sanitari: n. 4 Sedi
Le sedi dei Poliambulatori presenti nei comuni capofila dei Distretti: n. 4

Il confronto con i risultati provenienti dalle altre Aziende sanitarie della regione partecipanti all’iniziativa ha consentito di realizzare un rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio Sanitario Regionale, presentato a Palermo il 17 aprile 2012.

L’analisi dell’Audit ha permesso l’individuazione del Piano di Miglioramento, discusso dall’equipe locale.

Piano di Miglioramento

Area di Intervento	Azione di Miglioramento	Tempistica	Provv. nto Amm. vo
- 1 - Comunicazione	1.2 Miglioramento del sito web ed aggiornamento continuo, anche su www.costruiredisalute.it , delle informazioni riguardanti soprattutto i servizi erogati ed i tempi di attesa delle prestazioni. Al riguardo si mira ad una gestione delle liste di attesa più appropriata che tenga conto delle normative regionali	Aprile 2013	Relazione alla Direzione

<i>Informazione</i>	<p>esistenti ed una conseguente contrazione dei tempi di attesa per le prestazioni più critiche.</p> <p>1.6 Miglioramento della Carta dei Servizi Aziendali completa di standard e fattori di qualità individuati con la collaborazione della componente civica.</p> <p>1.8 Potenziamento dei sistemi di informazione all'utenza (cartellonistica).</p> <p>1.9 Facilitazione dei percorsi relativi al sistema di segnalazioni/reclami.</p>	<p>Giugno 2013</p> <p>Giugno 2013</p> <p>Ricognizione Aprile 2013</p>	<p>Presentazione alla D.irezione</p> <p>Relazione alla D.irezione</p> <p>Relazione del Servizio Tecnico</p>
- 2 - <i>Umanizzazione dei Percorsi Assistenziali</i>	<p>2.1 Sviluppare modalità di accoglienza e di assistenza ai degenti attenenti alle differenze culturali ed agli aspetti socio relazionali che fanno parte della presa in carico della persona che bisogno di cura in una cultura dell'umanizzazione delle cure e dell'assistenza (Servizio di interpretariato – Mediazione culturale – Servizio religioso per i non cattolici – etc...)</p> <p>2.3 Aumentare l'impegno aziendale rispetto alle politiche relative alla "Gestione del dolore" attualmente assolutamente carenti)</p> <p>2.9 Potenziamento delle aree di intrattenimento (TV) nelle UU. OO. carenti</p> <p>2.14 Rafforzare la presenza di figure professionali per il supporto psicologico e l'assistenza ai pazienti ed ai loro parenti in situazioni specifiche (oncologia, trapianti, etc...)</p>	<p>2.1 Adesione al D.A.S.</p> <p>Agosto 2013</p> <p>Ricognizione Aprile 2013 Ved. punto 2.1</p>	<p>Atto formale di adesione con convenzione</p> <p>Incontro M.M.G. e D.ssa Viola</p> <p>Relazione alla D.S.A.</p>
- 3 - <i>Comfort Alberghiero</i>	<p>3.3 Prevedere, ove assenti, spazi comuni dedicati alla consumazione dei pasti nelle UU. OO.</p>	<p>Agosto 2013</p>	<p>Relazione alla D.ir. Aziendale</p>
- 4 - <i>Formazione</i>	<p>4.1 Attivazione di corsi di formazione per il personale del front office e dei PUA dedicati ai temi della comunicazione e della relazione con gli utenti e funzionali ad incentivare anche l'uso di www.costruiredalute.it ed il corretto accesso ai servizi (es. ADI, consultori, etc...)</p> <p>4.3 Promuovere la cultura della prevenzione avviando campagne di educazione sanitaria presso scuole, centri di formazione ed altri luoghi di aggregazione con l'ausilio di materiale didattico all'uopo redatto (per le ASP).</p>	<p>1 o 2 Edizioni entro il 2013</p> <p>Anno Scolastico 2013</p>	<p>Piano di Formazione Aziendale 2013</p> <p>Relazione alla D.A. dopo ogni incontro</p>
- 5 - <i>Sicurezza</i>	<p>5.4 Potenziamento dei sistemi di informazione, prescrizione, divieto, informazione all'utenza (cartellonistica per vie di fuga, allocazione estintori, divieto di fumo, piano di evacuazione, etc...)</p>	<p>Dicembre 2013</p>	<p>Relazione da parte del Servizio Tecnico</p>
- 6 - <i>Partecipazione Civica</i>	<p>6.4 Prevedere l'inserimento, nei capitolati di appalto, di articoli che permettano la possibilità di controlli da parte degli utenti sulla qualità delle forniture.</p>	<p>Febbraio 2013</p>	<p>Proposta formale alla D.S.A.</p>

PIANO DI UMANIZZAZIONE

Il Piano Aziendale di Umanizzazione costituisce uno strumento di cambiamento dei processi di interazione con il cittadino-utente, in cui azioni d'informazione e di ascolto rendano possibile la sua integrazione nel sistema assistenziale, nel ruolo di co-protagonista del sistema stesso, consentendo che il miglioramento assistenziale sia un obiettivo da raggiungere attraverso una governance condivisa. L'empowerment del paziente ed una sanità partecipata ad un nuovo livello di comunicazione risultano, quindi, un obiettivo da perseguire nel duplice interesse del cittadino e della struttura sanitaria. D'altra parte, il miglioramento dell'efficacia terapeutica passa attraverso il paziente ed il suo "appropriarsi" della gestione della salute/malattia, in una

chiara percezione del proprio diritto al benessere e della conseguente dimensione decisionale su di sé.

L'integrazione responsabile della persona nell'organizzazione sanitaria, che ne riconosca la centralità e l'interessa dei bisogni, superando l'approccio tradizionale del modello di cure organo-apparato verso una visione olistica e della gestione unilaterale verso una cultura di ascolto e servizio ai cittadini, è un fattore essenziale di miglioramento che non può essere disatteso. Si ritiene pertanto necessario intervenire con azioni che sollecitino e sviluppino l'*empowerment* del paziente, affinché egli diventi una risorsa attiva sin dalla programmazione, piuttosto che depositario dell'ultimo atto, dell'intervento sanitario. L'implementazione di spazi operativi di comunicazione e scambio tra le risorse umane presenti nel sistema aziendale, per evolverlo dalle disconnessioni attuali, è lo strumento principe che si vuole utilizzare per perseguire gli obiettivi del progetto.

Obiettivo generale: integrazione del paziente

L'obiettivo è l'integrazione del paziente all'interno dei processi assistenziali quale esito di uno sviluppo comunicativo tra azienda sanitaria ed utente, attraverso l'informazione e l'ascolto reciproci. Sono, pertanto, previsti concreti interventi di miglioramenti strutturali e relazionali negli ambiti di edifici, spazi e logistica, comunicazione e servizi integrativi delle cure sanitarie.

I quattro macro **fattori** che si intendono prendere in considerazione sono:

- a) l'accessibilità fisica, vivibilità e comfort della struttura**
- b) l'accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza**
- c) la cura della relazione e della comunicazione tra i professionisti e l'utente-paziente**
- d) I processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto ed alla specificità della persona.**

Essi scaturiscono:

- 1) dall'analisi dei risultati evidenziati dal Rapporto Regionale Audit Civico Sicilia, presentato a Palermo il 14 aprile 2012,
- 2) dall'analisi delle criticità evidenziate dalla Check list per l'autovalutazione relativa al modello ex D.A. n. 3185 del 28/12/2010
- 3) dall'analisi dei reclami pervenuti all'Azienda tramite la rete dei punti URP
- 4) dall'analisi dei risultati della customer satisfaction, così come da D.A n.3185/10.

I risultati degli interventi saranno oggetto di verifica costante da parte del Comitato Consultivo Aziendale (legge reg. n.5/2009) e da parte della Direzione Aziendale dell'ASP di Enna.

INTERVENTI SUL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' FISICA, VIVIBILITA' E COMFORT DELLE STRUTTURE

- **Segnaletica**

Azioni

- a)** Verifica della segnaletica esistente, anche alla luce dei nuovi servizi attivati (PTA, PPI) da parte delle Direzioni dei Distretti e dei Presidi con conseguente proposta di adeguamento ai servizi amministrativi preposti.

b) Aggiornamento della **segnaletica**, esterna ed interna, presso Presidi Ospedalieri, Sedi dei Distretti, Poliambulatori

Professionisti responsabili: Direttori Distretti Sanitari e dei Presidi Ospedalieri. Il Presidente del Comitato Consultivo Aziendale ha dichiarato la disponibilità del CCA a coadiuvare la verifica

Indicatore: relazione al 31/12/2012

Prima verifica dell'azione: 31/12/2012

- **Parcheggi**

Azioni

a) Avvio interlocuzione, da parte della Direzione del Distretto Sanitario di Enna e del Comitato Consultivo Aziendale, con l'amministrazione comunale in merito alla grave carenza dei parcheggi sul suolo comunale circostante il Poliambulatorio di Viale Diaz a Enna

Professionista responsabile: Direttore del Distretto di Enna in collaborazione con il Presidente del Comitato Consultivo.

Indicatore: relazione congiunta ASP-CCA al 31/12/2012

b) acquisizione di almeno n. 1 dissuasore del traffico sul passo carraio del Poliambulatorio di Enna

Professionista responsabile: Dirigente Amministrativo Distretto di Enna

Indicatore: sistemazione dispositivo al 31/10/2012

c) Possibilità di far scendere dall'auto gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale di tutte le strutture.

Professionisti responsabili: Dirigenti Amministrativi dei Distretti, Direttori dei Distretti e dei PP.OO., Coordinatori amministrativi Distretti Ospedalieri Enna1 ed Enna2

Indicatore: Emanazione atto formale da parte delle direzioni al 31/10/2012

- **Supporto logistico - alberghiero** ai familiari di pazienti fuori sede

Azioni:

a) Censimento e diffusione informazioni in merito alle strutture ricettive da parte degli Uffici URP in collaborazione con le ONLUS di volontariato presenti nel CCA con formulazione proposta di convenzione a una o più strutture.

Professionisti responsabili: Operatori dell'URP nei quattro Distretti

Indicatore: produzione censimento al 31/10/2012

b) Censimento e diffusione (da parte dell'URP) delle informazioni in merito alle linee di trasporto urbane e regionali

Professionisti responsabili: Operatori dell'URP nei quattro Distretti

Indicatore: produzione censimento al 30/09/2012

• Sportelli dedicati

Azione:

Individuazione e indicazione sportello dedicato alle gestanti e ai disabili gravi presso ogni struttura. Emanazione atto formale da parte delle Direzioni Distretti e Presidi Ospedalieri.

Professionisti responsabili: Facility Management e Direttori Distretti e PP.OO

Indicatore: emanazione atto formale al 30/09/2012

• Orientamento utenti

Azioni:

a) Collocazione piantine di orientamento all'ingresso dei padiglioni della nuova ala Umberto I di Enna e degli altri presidi

Professionisti responsabili: Facility Management e Servizio tecnico

Indicatore: relazione al 31/12/2012

b) Piantine piano di evacuazione nelle strutture aziendali (Poliambulatori, CSM e SER.T)

Professionisti responsabili: Responsabile SPP e Ufficio Tecnico

Indicatore: relazione al 31/12/2012

• Ristorazione Ospedaliera

Azioni:

a) Attuazione interventi di miglioramento già individuati in collaborazione con le Commissioni Vitto (utilizzo utensili di porcellana, ecc.)

b) Periodicità riunioni Commissioni Vitto indette dalle direzioni dei presidi ospedalieri

c) Adeguamento orari pasto con le esigenze dei pazienti ricoverati. Posticipo di almeno un'ora rispetto agli attuali orari per colazione, pranzo e cena.

Professionisti responsabili: Coordinatori Distretti Ospedalieri En1 ed En2

Indicatore: relazione al 31/12/2012

INTERVENTI SUL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, DELL'ASCOLTO DELL'OPINIONE DELL'UTENTE E SEMPLIFICAZIONE DEI SERVIZI OFFERTI

Accesso alle informazioni

Azioni:

a) Diffusione materiale informativo circa le strutture assistenziali (in primo luogo i PTA) su schema unico aziendale (cfr. schema tipo allegato)

b) Poster esplicativi delle attività ambulatoriali da affiggere nelle sale d'attesa

c) Redazione e diffusione informativa sui “**Diritti e dei Doveri del Malato**”, compilata in un quadro di riferimento che sottolinei la paritarietà e reciprocità di diritti e doveri di cittadini ed operatori sanitari;

d) Aggiornamento **Carta dei Servizi** (articolata per Presidio e Distretti)

e) Inserimento **link del Comitato Consultivo** nel sito dell'Azienda e aggiornamento mensile del notiziario

Le azioni a-b-c-d-e saranno realizzate dagli URP in stretta connessione con il Comitato Consultivo Aziendale e le Direzioni dei Presidi e dei Distretti.

Indicatore: Relazioni al 30/09/2012
30/12/2012

f) Costituzione rete comunicatori come da Piano della Comunicazione Aziendale. In stretta connessione con le Direzioni dei Distretti Sanitari e dei Presidi Ospedalieri saranno individuati referenti della comunicazione capaci di interloquire con l'utenza e altri soggetti esterni all'Azienda

Professionista Responsabile: Responsabile URP Indicatore: Relazione al 30/10/2012

Particolare attenzione sarà data all'analisi del reclamo, che si ritiene “voce libera” dell'utente e strumento privilegiato di conoscenza dei punti di fallimento delle attese, su cui si basa la percezione di affidabilità nei confronti dell'Azienda. In tal senso, saranno segnalati alla Direzione i reiterati inadempimenti e le mancate risposte da parte dei responsabili delle strutture.

INTERVENTI PER LA CURA DELLA RELAZIONE E COMUNICAZIONE TRA I PROFESSIONISTI E L'UTENTE - PAZIENTE

Azioni:

a) Formazione sull'accoglienza del personale di front-office. Inserimento corsi specifici accoglienza e front-office nel Piano Annuale della Formazione

- b) Formazione relazionale del personale sanitario con particolare riferimento alla comunicazione di notizie avverse. Inserimento corsi specifici comunicazione nel Piano Annuale della Formazione

Professionista Responsabile: Responsabile Ufficio Formazione

Indicatore: Inserimento nel Piano Formazione Aziendale al 31/01/2013

PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITA' DELLA PERSONA

Azioni:

- a) Attuazione procedure contenute nella check list (allegata al presente documento) per l'autovalutazione ai sensi del D.A 3185 del 28/12/2010 per ricoveri e assistenza ambulatoriale con verifica periodica presso le strutture: in particolare, redazione e diffusione schema tipo per relazione visita specialistica ambulatoriale da consegnare all'utente

Professionisti Responsabili: Direttori PP.OO. e Distretti Sanitari

Indicatore: relazione al 2012

- b) Disponibilità all'ingresso delle strutture (Poliambulatori periferici) di punti raccolta segnalazioni e reclami dei cittadini

Professionisti responsabili: Direttori dei Distretti e operatori URP

Indicatore: verifica presenza Punti di raccolta al 31/12/2012

- c) Bando per convenzione finalizzata al servizio di traduzione, interpretariato, e mediazione culturale

- d) Approvazione Regolamento Assistenza alla persona nei PP.OO.

- e) Attivazione spazi lettura all'interno dei padiglioni ospedalieri e convenzione con Associazione volontariato per gestione biblioteca

- f) Supporto psicologico nelle aree critiche tramite convenzione con associazioni di Volontariato

- g) Istituzione e regolamentazione magazzino di prima vestizione nei Distretti Ospedalieri di Enna e Nicosia

Professionisti responsabili: Direttori PP.OO. e operatori URP

Indicatore: Relazione al 31/12/2012

GESTIONE RISCHIO CLINICO

STRUTTURE INTERESSATE

- **PRESIDIO OSPEDALIERO UMBERTO I° DI ENNA**
- **PRESIDIO OSPEDALIERO BASILOTTA DI NICOSIA**
- **PRESIDIO OSPEDALIERO FERRO BRANCIFORTE DI LEONFORTE**
- **PRESIDIO OSPEDALIERO CHIELLO DI PIAZZA ARMERINA**

L'ASP di Enna è impegnata attivamente in tutti i suoi Presidi Ospedalieri al raggiungimento dei 101 standard individuati dalla JC per l'avanzamento del Progetto Regionale di riduzione dei rischi nelle Aziende Sanitarie siciliane. In tal senso verranno consolidati i monitoraggi sui 65 standard già adottati precedentemente e si procederà all'implementazione dei nuovi standard.

In particolare verranno monitorati con cadenza trimestrale i seguenti standard:

INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS

- **IPSG.1** Politica per l'identificazione del paziente :
E' stata revisionata la procedura dopo l'introduzione del braccialetto identificativo nel P.O. di Enna. La precedente procedura di identificazione sarà ancora valida nei presidi in attesa dell'implementazione dell'introduzione del braccialetto, prevista entro maggio 2013.
Indicatori: Indicatore 1: N° pazienti presenti nell'U.O./N° braccialetti applicati
 Valore atteso: 90% - **I valutazione prevista 30/03/2013**
Indicatore 2 :N° pazienti presenti nell'U.O./N° documenti di riconoscimento presenti in cartella clinica.
 Valore atteso : 100% - **Il dato è rilevato trimestralmente dall'U.O. Qualità**
- **IPSG.2** Politica per la gestione delle comunicazioni verbali/telefoniche:
La procedura è stata revisionata ed è stato introdotto un nuovo verbale di registrazione.
Indicatore 1 : N° comunicazioni telefoniche dal laboratorio analisi ai reparti/N° di moduli correttamente riempiti presso le UU.OO.
 Valore atteso 70% - **I valutazione 30/03/2013 (U.O. Qualità)**
- **IPSG.3** Politica per la gestione dei farmaci ad alto rischio
-

Indicatore : N° UU.OO. che utilizzano il KCI/ N° UU.OO. che osservano la procedura. (Conservazione a parte con segnaletica di allarme).

Valore atteso 100% Verifica trimestrale Farmacia

- **IPSG. 4** Politica per la gestione della chirurgia sicura.

Indicatore 1: N° Schede di time out compilate/ N° pazienti operati

Valore atteso: 100% Verifica trimestrale

Indicatore 2: N° schede compilate in ogni punto/N° schede totali

Valore atteso 90%. I rilevazione 30 giugno 2013(U.O.Qualità)

- **IPSG. 5** Politica per l'igiene delle mani

Indicatore 1 : Corretto lavaggio delle mani/Totale operatori osservati.

Valore atteso: 50%: Rilevazione trimestrale Uff. Infermieristico

- **IPSG. 6** Politica per la prevenzione delle cadute

Indicatore 1 : Compilazione scala di Coonley per tutti i pazienti ricoverati.

Valore atteso al 30 marzo 2013 = 60% di Schede compilate nelle cartelle cliniche.

Valore atteso al 30/06/2013 = 90%

Valore atteso al 30/09/2013 = 100%

Rilevazioni trimestrali dell'U.O. Qualità.

STANDARD ACC 1.1.1

TRIAGE

Indicatore 1 : N° schede triage/N° pazienti afferiti in P.S.

Valore atteso= 100%

Indicatore 2 : N° infermieri addestrati/ N° infermieri triagisti

Valore atteso= 100%

Verifica trimestrale referente qualità P.S. e presentazione dei dati all'U.O. Qualità.

STANDARD ACC 1.4

Procedura per l'accesso e la dimissione alla Terapia Intensiva

Indicatore 2 : N° Cartelle cliniche con criteri rispettati/N° cartelle esaminate

Valore atteso= 90%

Verifica trimestrale referente qualità T.I. e presentazione dei dati all'U.O. Qualità.

STANDARD ACC 4

Servizio di trasporto dei pazienti

Standard ACC6

Il servizio di trasporto dei pazienti deve essere conforme alle normative vigenti e ai requisiti di autorizzazione sanitaria, e deve essere effettuato con modalità che assicurino la sicurezza dei pazienti e del personale e la qualità del servizio stesso

Indicatori: $\frac{\text{N. schede mediche di trasferimento in ambulanza}}{\text{N. trasferimenti in ambulanza}} \times 100$; valore atteso 100%

Rilevazione trimestrale da parte del referente qualità del P.S. e presentazione dei dati all'U.O. Qualità.

Standard AOP 1.2

La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, anche una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici.

Indicatore : Presenza delle valutazioni previste dallo standard

Valori attesi : al 30/03/2013 80% di valutazioni presenti in cartella clinica.

al 30/06/2013 90%

al 30/09/2013 95%

Rilevazione trimestrale dell'U.O. Qualità

Standard AOP 1.3

I bisogni di assistenza medica e infermieristica del paziente sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrate in cartella clinica.

Indicatore 1: Presenza in cartella clinica dei bisogni di assistenza medica

Indicatore 2: Presenza in cartella infermieristica dei bisogni di assistenza infermieristica.

Valore atteso per i due indicatori= 70%

Rilevazione trimestrale U.O. Qualità- I rilevazione prevista per il 30/03/2013

Standard AOP.01:7

Tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali sono sottoposti a uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo.

Indicatore: Presenza della scheda di rilevazione del dolore, regolarmente compilata in tutte le cartelle cliniche.

Valore atteso= 100%

Rilevazione trimestrale U.O. Qualità

Standard ASC

Il trattamento anestesiológico/sedazione di ciascun paziente è pianificato e documentato

Vedi Procedura U.O. Anestesia

Indicatori 1 : visita anestesiológica con piano anestesiológico presenti in cartella clinica.

Valore atteso= 100%

Indicatore 2: Monitoraggio stato di sedazione presente nella scheda anestesiológica..

Valore atteso = 100%

Indicatore 3: Monitoraggio fase di risveglio.

Valore atteso= 100%

Rilevazione trimestrale U.O. Qualità

Il trattamento chirurgico di ciascun paziente è pianificato e documentato, sulla base dei risultati della valutazione

Indicatore 1: Presenza in cartella clinica del piano di cura chirurgico.

Valore atteso= 100%

Indicatore 2: Verbale operatorio contenente diagnosi operatoria e data,ora e firma del medico responsabile

Valore atteso= 100

Rilevazione trimestrale U.O. Qualità

Standard PFR 1.4

I pazienti sono salvaguardati da ogni forma di violenza fisica.

Indicatore: Presenza di aree video sorvegliate h 24 nelle aree più a rischio dei presidi ospedalieri.

PFR 1.5

I bambini, i disabili, gli anziani e le altre categorie a rischio ricevono idonea protezione.

Indicatore : Presenza procedura che garantisce percorsi alternativi per le categorie a rischio individuate dall'ASP.

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.

Indicatore: = 100% di consensi informati presenti in cartella clinica prima degli interventi chirurgici, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emoderivati, e prima di altri trattamenti e procedure ad alto rischio.

Rilevazione trimestrale U.O. Qualità

Standard MCI

Corretta tenuta della cartella clinica.

Indicatore: Verifiche trimestrali su apposita checklist aziendale sulla corretta tenuta della cartella clinica.

Verifica trimestrale U.O. Qualità

Standard MMU 6.1

La somministrazione del farmaco prevede un processo atto a verificare la correttezza del farmaco rispetto alla prescrizione dello stesso.

Indicatore: Avvenuta registrazione della somministrazione del farmaco nel Foglio Unico di Terapia.

Valore atteso: registrazione del 100% delle prescrizioni con firma del somministratore.

Rilevazione trimestrale U.O. Qualità.

Standard PCI

L'organizzazione progetta e implementa un programma globale per la riduzione dei rischi di infezioni associate all'assistenza sanitaria a carico di pazienti ed operatori sanitari.

Indicatore 1: Costituzione del CIO aziendale. Valore atteso= SI

Indicatore 2: Piano per la riduzione del rischio di infezioni. Valore atteso= SI

Ulteriori indicatori verranno integrati dopo la definizione del piano.

Standard COP

COP 3.1

Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti in emergenza.

Indicatore: Presenza di procedure per i pazienti in emergenza.

COP 3.3

Politiche e procedure guidano la movimentazione, l'uso e la somministrazione di sangue ed emoderivati.

Indicatore: Procedura per l'uso e la somministrazione di sangue ed emoderivati.

Indicatore: corretta e puntuale compilazione della checklist sulla richiesta del gruppo sanguigno, delle sacche di sangue, e sulla trasfusione.

Valore atteso= 100% di moduli nelle cartelle dei pazienti trasfusi.

Rilevazione trimestrale U.O. Qualità

COP 3.7

Politiche e procedure guidano l'utilizzo della contenzione e l'assistenza dei pazienti contenuti.

Indicatore 1: Presenza della procedura sulla contenzione dei pazienti.

Indicatore 2: Registrazione delle contenzioni su apposito registro con regolari rivalutazioni.

Verifica da parte del referente qualità e presentazione dei dati all'U.O. Qualità.

Standard QPS.1

I responsabili del governo e della gestione dell'ospedale, partecipano alla pianificazione e al monitoraggio di programmi per il miglioramento della qualità e per la sicurezza dei pazienti

Indicatore 1: Piano Qualità e Gestione Rischio Clinico

Indicatore 2: Monitoraggi trimestrali

Standard QPS.3

Monitoraggio clinico

Monitoraggio anestesiologicalo : Modello di monitoraggio anestesiologicalo comprendente le eventuali complicanze verificatesi a carico degli apparati respiratorio, circolatorio, neurologico, urologico, gastrico e della valutazione del dolore in seguito all'anestesia.

Controllo dei dati da parte del responsabile dell'U.O. anestesiologicala, dell'U.O. Qualità e della Direzione Sanitaria di Presidio, aziendale

Verifiche trimestrali da parte di gruppo di lavoro congiunto composto da operatori della Direzione Sanitaria di Presidio e dell'U.O. Qualità. I verifica 30/03/2013

Monitoraggio Chirurgico: N. Infezioni del sito chirurgico sul totale degli interventi

N. di reingressi nella sala operatoria entro le 24 ore

N. di casi di emorragia imponente dopo interventi sul tubo Digerente

N. di profilassi antibiotiche preoperatorie eseguite entro i 60 minuti che precedono l'intervento/ totale profilassi preoperatorie

Verifiche trimestrali da parte di gruppo di lavoro congiunto composto da operatori della Direzione Sanitaria di Presidio e dell'U.O. Qualità. I verifica 30/03/2013.

Dall'1/6/2013 verrà effettuato uno studio di incidenza sulle infezioni del sito chirurgico.

Standard SQE.8

Addestramento del personale

Verifica da parte del direttore dell'U.O. degli attestati del proprio personale e comunicazione annuale all'U.O. Qualità del possesso dei requisiti necessari agli operatori.

Indicatore: 100% di attestati BLS-D validi di tutto il personale sanitario di ogni singola unità operativa.

Standard SQE.9

Titoli e credenziali del personale

Indicatore: Verifica alla fonte dei titoli posseduti da parte del personale sanitario.

Valore atteso: 100% di verifiche effettuate da parte dell'U.O. Gestione risorse umane.

Standard 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.

Indicatore: Applicazione della procedura regionale per l'individuazione dei privileges inizialmente nelle UU.OO. di Cardiologia, Ostetricia e Ginecologia e Pronto soccorso.

Valore atteso: Attribuzione dei privileges ai medici delle UU.OO. individuate dalla Regione Siciliana.

Standard QPS.06

Eventi sentinella

SISTEMA PER IL MONITORAGGIO DEGLI ERRORI IN SANITA'

Flusso SIMES

L'azienda ha aderito al programma regionale per la segnalazione degli eventi sentinella e delle denunce dei sinistri secondo le modalità previste dalle raccomandazioni ministeriali.

Si è proceduto all'autoregistrazione attivando il relativo profilo nell'ambito dell'applicativo Ministeriale (NSIS: Nuovo Sistema Informatico Sanitario nazionale presso il Ministero) ed è operativo l'accesso al Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES).

Il risk manager ha già provveduto a registrare gli eventi sentinella con debita compilazione e validazione della scheda A (scheda di segnalazione) e B (scheda di analisi ed azioni correttive)

Per l'anno 2011 è stato segnalato n. 1 eventi sentinella per l'U.O. di del P.O. di Trapani

Si è provveduto inoltre ad aggiornare il database regionale/nazionale con l'inserimento dei dati riguardanti *sinistri*.

Indicatore: esame degli eventi sentinella verificatisi nei presidi ospedalieri dell'ASP.

Standard QPS 8

L'Incident Reporting

COME TI SEGNALO IL RISCHIO IN REPARTO

E' un sistema per prevenire i pericoli ed evitare così le situazioni che possono danneggiare i cittadini. Il metodo si chiama "Incident reporting" e prevede che gli operatori segnalino in modo costante i fatti critici su una scheda anonima. L'obiettivo non è punire o sanzionare i responsabili, ma avviare azioni di miglioramento a tutela della salute pubblica

Near-misses o "quasi-eventi": si tratta di situazioni in cui un incidente stava per generare danni al paziente, ma per motivi fortuiti o per l'intervento di meccanismi di barriera non si è verificato. Ad esempio: un farmaco era stato riposto nel luogo sbagliato, ci si è accorti del problema nel momento in cui si stava prelevando il farmaco e lo si è corretto, oppure: un farmaco era riposto nel luogo sbagliato, è stato erroneamente prelevato e preparato per la somministrazione al paziente, ma ci si è accorti dell'errore prima della somministrazione.

Eventi senza esiti: si tratta di occasioni in cui un evento si è realmente verificato, ma senza conseguenze negative per il paziente. Ad esempio: caduta di un paziente senza lesioni, oppure: somministrazione erranea di un farmaco innocuo o di un dosaggio lievemente superiore alla dose indicata.

Eventi avversi: sono i casi in cui il paziente è stato realmente danneggiato. Vengono considerati tutti gli eventi avversi senza prendere in considerazione il rapporto di causalità con l'azione medica.

Evento sentinella: Particolare tipo di indicatore sanitario, la cui soglia di allarme è 1. Basta cioè, che il fenomeno relativo si verifichi una volta perché si renda opportuna un'indagine immediata rivolta ad accertare se hanno contribuito al suo verificarsi alcuni fattori che potrebbero essere in futuro corretti. Un evento sentinella è un evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse.

Errore di terapia: ogni evento prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente.

Chi lo fa?

La scheda d'Incident Reporting deve essere compilata a cura dell'operatore (medico, caposala, infermiere, tecnico sanitario ed altri operatori sanitari che erogano cure e assistenza al paziente) che è direttamente coinvolto nell'evento o che ha potuto osservare l'accaduto. L'ideale è riempire la scheda entro 24 ore dall'accaduto.

La scheda non contiene elementi che consentono di pervenire al compilatore della stessa ed è rigorosamente anonima. La compilazione può avvenire individualmente, a casa, in reparto o in qualsiasi luogo prescelto. Si prevede che saranno di maggiore utilità per il personale le schede compilate in momenti collegiali della vita di reparto o a più mani dalle persone coinvolte nell'evento che si è verificato.

La raccolta

Le schede - che sono prestampate e possono essere scaricate anche dall'intranet aziendale - vanno inviate alla Direzione medica di presidio, utilizzando la posta interna o inserendole nelle urne dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Un elevato numero di segnalazioni non sarà affatto considerato segno di malfunzionamento. Ma verrà invece valutato in modo positivo, perché esprimerà l'attenzione e la cultura del personale in tema di miglioramento della performance dell'organizzazione.

La Direzione medica darà quindi riscontro della scheda ricevuta entro dieci giorni dal ricevimento e attiverà il processo di gestione della segnalazione inviandola all'ufficio Qualità e rischio clinico. Spetterà a quest'ultima struttura il compito di caricare i dati su database, analizzarli, classificare le informazioni e ordinarle per gravità e frequenza.

Ogni mese dall'Ufficio Qualità partirà, alla volta della Direzione strategica, un report con il numero delle segnalazioni pervenute (ogni tre mesi quello riassuntivo) che descriverà la tipologia degli eventi segnalati e i fattori di rischio associati. Sarà poi la Direzione sanitaria a distribuirli a tutte le strutture e all'apposito comitato.

Il comitato

Svolge un ruolo centrale nella catena per la prevenzione del rischio.

E' infatti responsabile del governo dell'intero sistema, stende e aggiorna la procedura di rilevazione degli errori e degli incidenti, predispose la scheda di segnalazione, cura la formazione del personale su queste tematiche e individua i problemi prioritari.

Proprio dal lavoro del comitato prendono le mosse i progetti di miglioramento realizzati in stretta collaborazione con i responsabili medici e infermieristici dei reparti. L'approccio che sarà privilegiato è quello multidisciplinare e multiprofessionale. La maggior parte dei processi atti a evitare rischi al paziente attraversano infatti l'intera organizzazione in modo trasversale e chiamano in causa più strutture.

