



Deliberazione n. 1208

del 08-11-12

Oggetto: Approvazione Piano della Qualità e Politica della Qualità -

<p>Direzione Generale</p> <p>Il Funzionario Responsabile <i>[Signature]</i></p> <p>Il Responsabile dell'Ufficio Atti deliberativi e Collegio Sindacale <i>[Signature]</i></p>	<p>Area Gestione Economico - Finanziaria</p> <p>Autorizzazione spesa n.</p> <p>Del</p> <p>Conto di costo _____ NULLA OSTA in quanto conforme alle norme di contabilità</p> <p>Il Responsabile dell'Area Gestione Economico - Finanziaria</p>
--	--

Ai sensi della Legge 15/68 e della Legge 241/90, recepita in Sicilia con la L.R. 10/91, il sottoscritto attesta la regolarità della procedura seguita e la legalità del presente atto, nonché l'esistenza della documentazione citata e la sua rispondenza ai contenuti esposti.

Il Commissario Straordinario

Ing. Mario La Rocca

Nominato con D.A. dell'Assessore Regionale per la Salute n. 1707/2012

Con l'intervento, per il parere prescritto dall'art.3 del D.L.vo n. 502/92, così come modificato dal

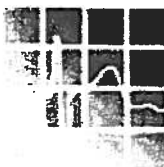
D.L.vo n. 517/93 e dal D.L.vo 229/99

del Direttore Sanitario **dott. Claudio Scaglione**

e del Direttore Amministrativo **dott. Roberto Colletti**

Svolge le funzioni di Segretario verbalizzante

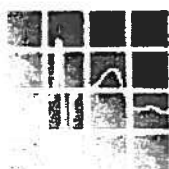
[Signature]



Delibera n. 1208 del 08.11.2012

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

- VISTO** Il D. Lgvo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni operate dai Decreti Legislativi 07.12.1993, n. 517 e 19.06.1999, n. 229;
- VISTO** Il D. Lgvo 21 dicembre 1999 n. 517, recante "Disciplina dei rapporti fra il Servizio Sanitario Nazionale ed Università", a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1999, n. 419;
- VISTA** La L.R. 14 aprile 2009, n. 5 pubblicata nella GURS parte I n. 17 del 17.04.2009, con la quale sono state stabilite le norme per il riordino del SSR, in conformità ai principi contenuti nel D. Lgvo 30 dicembre 1992 n. 502 e successiva modifiche ed integrazioni;
- VISTI** I vigenti protocolli d'Intesa stipulati tra la Regione Siciliana - Assessorato della Salute e le Università di Catania, Messina e Palermo il 4 marzo 2010 e pubblicati nella GURS n. 13 del 19 marzo 2010;
- VISTA** La delibera n. 994 del 22.11.2010, con la quale e' stato approvato l'atto aziendale e l'organizzazione dipartimentale, in esecuzione del D.A. della Regione Sicilia n. 02723/10 del 11.11.2010;
- PRESO ATTO** che durante l'incontro tenutosi il 10/10/2012 tra il Responsabile della Qualità e la Direzione Sanitaria è stato presentato il Piano della Qualità 2012 dell'AOUP, in conformità a quanto previsto nel Piano Attuativo Aziendale Provinciale, nello Standard Joint Commission QPS 1 e nei Piani di Comunicazione e di Umanizzazione dell'AOUP;
- CONSIDERATO** Che in ordine al Piano della Qualità sono stati condivisi gli obiettivi tra la Direzione Sanitaria e la Direzione Sanitaria di Presidio, da raggiungere entro dicembre 2012 e precisamente:
- Attuazione ed implementazione degli standard JCI, ed in dettaglio lo IPSG 1 riguardante l'accuratezza dell'identificazione del paziente e lo standard QIPS 1 relativo all'emissione del Piano della Qualità Aziendale;
 - Certificazione ABIO/SIP della "Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale" per il Reparto di Chirurgia Pediatrica dell'AOUP;
 - Avvio del processo di richiesta di autorizzazione ed accreditamento della



struttura Trasfusionale dell'AOUP in accordo a quanto previsto dal DA n. 384 del 04/03/2011;

- Implementazione del Sistema di Gestione della Qualità e Sicurezza ed avvio del processo di accreditamento del Sistema di Gestione della Qualità e Sicurezza ed avvio del processo di accreditamento del laboratorio CQRC;
- Implementazione delle azioni migliorative previste dal Piano di Umanizzazione e dal Piano di Comunicazione dell'AOUP ed in particolare redazione di una procedura che descriva il percorso di valutazione e gestione del dolore presso le UU.OO;

ATTESO Che in base agli obiettivi da raggiungere il Responsabile della Qualità ha predisposto una bozza di Piano della Qualità per l'anno 2012;

VISTA la nota del Responsabile della Qualità Prot. 14559 del 25/10/2012 con la quale trasmette la bozza di Politica della Qualità e la bozza di Piano della Qualità;

Per i motivi in premessa citati che qui si intendono ripetuti e trascritti:

D E L I B E R A

- In ottemperanza a quanto stabilito nel Piano Attuativo Aziendale Provinciale, agli standard Joint Commission QPS1 ed agli obiettivi specifici della Direzione Aziendale è approvata la "Politica della Qualità" e il "Piano della Qualità";
- In ottemperanza alle direttive AGENAS il Piano della Qualità sarà notificato al Collegio di Direzione e al Comitato Consultivo.



**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone
di Palermo**



Il Direttore Amministrativo
Dott. Roberto Colletti

Il Direttore Sanitario
Dott. Claudio Scaglione

Il Commissario Straordinario
Ing. Mario La Rocca

Segretario Verbalizzante

ESTREMI ESECUTIVA'

PUBBLICAZIONE

Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta **ESECUTIVA** decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 6.

Ufficio Atti Deliberativi
Il Responsabile

Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione, copia conforme all'originale, è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico, ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 30/93 art.53 comma 2, a decorrere dal **08-11-12** e fino al **07-12-12**

Ufficio Atti Deliberativi

Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta **IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA** decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 7.

La presente Delibera è stata registrata nell'apposito registro del Collegio Sindacale

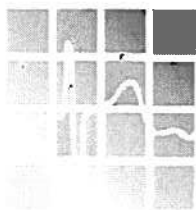
Ufficio Atti Deliberativi

Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.28 comma 6 legge regionale 26 marzo 2002 n.2 è dichiarata **IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA** ai sensi della L.R. n. 30/93 art.53 comma 7.

La presente deliberazione è composta da n.

pagine

NOTE:



DIREZIONE GENERALE

**POLITICA PER LA QUALITÀ
AOUP PAOLO GIACCONE
ANNO 2012**

Mission

L'AOUP in coerenza con i principi fondamentali contenuti nell'Atto Aziendale orienta la propria politica alla centralità del cittadino/paziente all'innovazione, alla formazione ed alla ricerca.

L'Azienda, per l'anno corrente, pone particolare attenzione al conseguimento degli obiettivi indicati nel Piano dell'Umanizzazione, nel Piano della Comunicazione, nel Piano del Rischio Clinico, nel Piano della Qualità, in coerenza con quelli regionali, con azioni integrative e trasversali per ottimizzare i servizi e le prestazioni erogate.

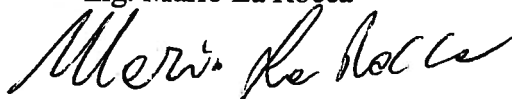
Vision

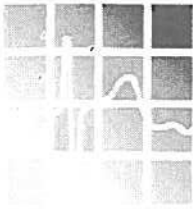
La Vision dell'Azienda attraverso la politica della Qualità prevede di:

- offrire agli utenti un sistema di cura globale;
- superare la logica dell'erogazione di singole prestazioni per acquisire quella di erogazione di servizi;
- integrare le singole professionalità al fine di orientare tutti i processi aziendali alla logica del servizio al cittadino con accoglienza, ospitalità e cure adeguate;
- rafforzare lo spirito di innovazione e migliorare costantemente la specializzazione;
- mantenere la disponibilità a fornire servizi sempre adeguati alle esigenze dei cittadini;
- migliorare l'accoglienza offerta agli utenti con particolare attenzione agli immigrati, alle donne vittime di violenza, ai pazienti pediatrici ed a tutte le persone con gravi disabilità;
- aprire ai cittadini i percorsi della valutazione della Qualità erogata;
- garantire la dovuta attenzione all'utente sia attraverso il monitoraggio periodico del livello di soddisfazione che mediante l'impegno a fornire costantemente informazioni chiare, corrette e documentate sui servizi offerti;
- operare nel pieno rispetto delle leggi vigenti, delle Linee Guida di settore e di Standard internazionali di eccellenza specifici, identificati come obiettivi da raggiungere;

- praticare la gestione e la comunicazione del rischio clinico;
- far superare al cittadino la concezione dell'Azienda come semplice erogatore di un servizio e/o strutturata cui si deve in qualche modo solo ricevere e pretendere, sviluppando relazioni che portino il paziente a pensare all'azienda come ad una realtà al cui sviluppo egli è direttamente interessato e deve partecipare;
- far maturare negli operatori il senso di appartenenza e la fiducia nella capacità dell'Azienda di crescere e valorizzare la loro professionalità;
- intraprendere i percorsi necessari all'avvio dell'accreditamento e della certificazione di alcune realtà aziendali;
- implementare un Sistema di Gestione della Qualità volto all'efficienza organizzativa ed alla soddisfazione dei bisogni e delle aspettative del cittadino;
- determinare il coinvolgimento, l'impegno e la partecipazione di tutte le funzioni coinvolte nei processi aziendali che influiscono sulla Qualità;
- privilegiare l'implementazione di azioni preventive a fronte dello studio dei processi che influiscono sulla Qualità senza sottovalutare le eventuali azioni correttive;
- garantire efficienza, efficacia ed appropriatezza degli interventi.

Il Commissario Straordinario
Ing. Mario La Rocca





Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone



DIPARTIMENTO
SERVIZI CENTRALI D'OSPEDALE
CQR (Controllo Qualità e Rischio Chimico)
U.O.S. Dipartimentale 00.92.1

UFFICIO QUALITÀ AZIENDALE

REDAZIONE ED EMISSIONE

DATA REDAZIONE		20/10/2012
GRUPPO DI REDAZIONE	Dott.ssa Francesca Di Gaudio	F. Di Gaudio
	Dott.ssa Francesca Tortorici	F. Tortorici
	Dott.ssa Giuseppina Brunacci	G. Brunacci
RESPONSABILE UFFICIO QUALITÀ	R.A.Q Responsabile U.O.92.01 Dott Francesca Di Gaudio	F. Di Gaudio
APPROVAZIONE ED AUTORIZZAZIONE EMISSIONE	Commissario Starordinario Ing. Mario La Rocca	Mario La Rocca
	Direttore Sanitario Dott. Claudio Scaglione	C. Scaglione
	Direttore Sanitario di Presidio Dott. Luigi Aprea	L. Aprea
DATA DI EMISSIONE		

1. PREMESSA

Le principali scelte strategiche del Sistema Sanitario Nazionale individuano, nelle indicazioni della politica sanitaria 2011-2013, il governo clinico e la promozione della Qualità quali fattori essenziali di cambiamento per rispondere al nuovo bisogno di salute, espresso dai cittadini attraverso attese sia implicite che esplicite e ben definite.

Nell'attuale contesto socio-economico che rende necessaria anche in campo sanitario una riduzione dei costi ed una ancor più pressante prudenza ed oculatezza nella gestione delle risorse, la scelta di operare in Qualità rappresenta uno strumento fondamentale per il governo dei processi ma anche per l'identificazione delle strategie innovative atte a migliorare i servizi offerti al cittadino.

Il D.Lgs 502/92 e successive integrazioni, la Legge Regionale n°5/2009 e il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 esprimono infatti l'esigenza di portare avanti il processo di crescita della Cultura della Qualità e dell'*Auditing* della Qualità nella Sanità Pubblica.

Al punto 17 del Piano Sanitario 2011- 2013 (**Il miglioramento della Qualità ed il Governo Clinico**) si focalizza l'attenzione sul miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei percorsi ospedalieri, che non può prescindere dall'appropriatezza d'uso delle risorse economiche, dall'adeguamento delle risorse strutturali e tecnologiche e soprattutto dalla valorizzazione delle risorse umane.

La **Politica per la Qualità** diventa quindi **parte integrante della programmazione Sanitaria Nazionale e Regionale** con l'implementazione di sistemi di gestione coordinati tra le varie aree e funzioni delle Aziende, che tengano conto, nell'orientamento al paziente, di assetti organizzativi, responsabilità, procedure, incentivazioni, attrezzature e dispositivi, processi e risorse, esistenti o progettati, in coerenza con la pianificazione aziendale per il raggiungimento degli obiettivi strategici regionali e aziendali.

2. LA VISION AZIENDALE

L'AOUP intende esprimere nel proprio Piano della Qualità gli impegni, le logiche, le metodologie e gli obiettivi prefissati, volti al miglioramento delle prestazioni e dei servizi erogati, tramite un'organizzazione efficiente rispettando i criteri di sicurezza.

L'AOUP in coerenza con l'Atto Aziendale orienta la propria politica alla centralità del cittadino/paziente al fine di garantirne la soddisfazione attraverso l'implementazione di un Sistema di Gestione della Qualità volto all'ottimizzazione dei servizi e delle prestazioni

erogate, all'efficienza organizzativa e all'adozione di *Standard* internazionali che garantiscano la sicurezza delle cure.

I Vertici aziendali si impegnano ad attivare una strategia globale, attraverso il coordinamento tra i propri uffici ed i Settori Qualità, Rischio Clinico, Comunicazione, Formazione, volta sostanzialmente a migliorare i seguenti assetti della Qualità delle prestazioni sanitarie:

- Qualità Professionale;
- Qualità Organizzativa;
- Qualità Percepita.

La Direzione Strategica si impegna quindi ad implementare un Sistema Qualità diffuso a tutti i livelli funzionali aziendali.

I Principi ispiratori dell'AOUP sono quelli di eguaglianza, imparzialità, continuità delle cure ed apertura ai cittadini ai percorsi della valutazione della Qualità erogata, a fronte degli obiettivi aziendali, in coerenza con quelli regionali, delle azioni per il miglioramento continuo, delle strategie per prevenire gli eventi avversi e di nuovi modelli organizzativi più efficienti.

Il modello organizzativo che l'Azienda intende principalmente adottare contempla l'analisi dei processi di erogazione del servizio, come strumento di verifica dei punti di debolezza e dei punti di forza, per prevenire e/o eliminare le cause di errore e tutti quei fattori che potrebbero impedire il raggiungimento di obiettivi e di *standard* attesi.

3. SCOPO

Il Piano Aziendale della Qualità stabilisce le politiche, gli obiettivi aziendali concepiti annualmente per la Qualità, le aree di intervento, gli strumenti, i metodi, gli indicatori ed i relativi *standard* atti a promuovere la Qualità in Azienda e le conseguenti azioni preventive e correttive.

4. METODOLOGIA

Sul **piano metodologico progettuale** il modello con cui l'Azienda intende perseguire il miglioramento continuo della Qualità è quello che si attua attraverso un **percorso integrato** tra diverse aree funzionali, per l'individuazione e lo studio di processi sensibili nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, programmando un loro monitoraggio sistematico attraverso lo strumento dell'*audit* e la successiva analisi e valutazione dei risultati ottenuti.

Per la Qualità delle prestazioni e dei servizi erogati, la suddetta metodologia tende ad evitare, per quanto possibile, interventi e logiche individuali da parte di singoli operatori, per realizzare un coordinamento di tutti i servizi volto al raggiungimento degli *standard* qualitativi prefissati, importanti obiettivi a cui l'Azienda tende.

Il criterio gestionale per la realizzazione di quanto esposto non può prescindere da una valorizzazione strategica delle risorse umane interne, che l'Azienda considera elemento indispensabile per la crescita e gli interventi organizzativi necessari all'implementazione di un Sistema Qualità Aziendale, che sia alla base di un'assistenza sanitaria coerente con le richieste e le attese del cittadino.

Infatti poiché per il raggiungimento della Qualità, la cultura, il metodo, la motivazione, la costanza, la coerenza, l'attenzione sono fattori indispensabili e rappresentano caratteristiche peculiari della persona/operatore, la metodologia adottata contempla la motivazione di tutte le funzioni aziendali coinvolte nella condivisione degli obiettivi, nell'entusiasmo e nella certezza che tutto sia migliorabile.

5. PROGETTAZIONE, IMPLEMENTAZIONE, GESTIONE QUALITÀ: STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Qualità Aziendale mira a realizzare nell'anno 2012, in particolare, l'integrazione delle seguenti funzioni aziendali:

- Direzione Strategica
- Direzione Scientifica
- Ufficio Qualità Aziendale
- Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazioni
- Rischio Clinico
- Ufficio Formazione
- Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione
- Sistema Informativo Aziendale
- Rete Referenti Qualità
- Comitati o Gruppi di lavoro settoriali

L' Ufficio Qualità Aziendale ha il ruolo di:

- fornire nella figura del Responsabile Qualità Aziendale il supporto tecnico alla Direzione Strategica nella gestione della Politica Aziendale della Qualità;

- diffondere la cultura della Qualità attraverso progetti e programmi che concorrono al miglioramento dei processi aziendali;
- analizzare i processi aziendali che hanno immediata ricaduta sulla Qualità delle prestazioni e dei servizi erogati attraverso la definizione di specifici piani di *audit*;
- proporre in collaborazione con le UU.OO. coinvolte interventi di miglioramento volti alla risoluzione delle criticità;
- provvedere alla standardizzazione e regolamentazione dei documenti aziendali inerenti il Sistema di Gestione della Qualità;
- fornire supporto tecnico-metodologico nella redazione di procedure aziendali, istruzioni operative e linee guida del sistema Qualità;
- valutare, pianificare e diffondere le azioni di miglioramento ed elaborare il Piano Annuale per il miglioramento della Qualità;
- suggerire eventuali aree di intervento per la valorizzazione delle risorse umane;
- predisporre e diffondere i report relativi ai processi analizzati monitorando la Qualità delle prestazioni e dei servizi offerti;
- supportare le UU.OO. nell'implementazione dei processi di accreditamento e di certificazione;
- collaborare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazioni nel raggiungimento degli obiettivi fissati nel Piano Attuativo Aziendale e nell'analisi dei risultati della Qualità percepita individuando insieme le azioni di miglioramento;
- cooperare con il Rischio Clinico per l'implementazione degli *Standard Joint Commission*;
- proporre all'Ufficio Formazione percorsi di studio integrati ed orientati allo sviluppo della Qualità aziendale;
- fornire all'Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione le risultanze delle analisi dei processi per le azioni di competenza;
- collaborare con il Sistema Informativo Aziendale per implementare azioni migliorative di tipo organizzativo;
- provvedere di concerto con l'*Area Facility Management* all'organizzazione di processi inerenti la gestione aziendale;
- sostenere la Rete Referenti Qualità per i progetti ed i programmi da realizzare presso ciascuna U.O.;
- costituire Comitati o Gruppi di lavoro settoriali atti a svolgere specifici compiti dettati dalle esigenze organizzative aziendali al fine di intraprendere, preservare ed

implementare i processi di miglioramento continuo della Qualità e raggiungere gli *standard* prefissati.

6. OBIETTIVI

Tenendo conto delle indicazioni della Politica Sanitaria Nazionale e Regionale ed in coerenza con le priorità ed i risultati emersi nel corso del 2011/2012, il presente Piano Qualità aziendale prevede per il secondo semestre del 2012 obiettivi strategici, di seguito elencati, in coerenza con l'Atto Aziendale e con la Politica della Qualità dell'AOUP.

6.1 Attuazione ed implementazione degli *Standard JCI*

Al fine di pianificare tale obiettivo è stato utilizzato il *Report* di Valutazione delle *on site visit* effettuate nel 2011 dai consulenti *Joint Commission International* presso l'AOUP sulla base del Progetto "*Patient Safety*"-Convenzione tra Regione Siciliana e *Joint Commission International*.

Alcune delle criticità emerse da tale *Report* costituiranno gli obiettivi del presente piano, in particolare:

- per l'Area Obiettivi Internazionali per la Sicurezza dei Pazienti (IPSG), lo standard "L'Organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente" (*International Patient Safety Goals* n° 1) sarà perseguito nell'identificazione del paziente in occasione della richiesta di prestazioni diagnostiche di laboratorio aziendali;
- per l'Area Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente (QPS), lo standard "I responsabili del governo e della gestione dell'organizzazione sanitaria partecipano alla pianificazione e alla misurazione di un programma per il miglioramento della Qualità e per la sicurezza del paziente" (*Quality Improvement and Patient Safety* n° 1) sarà perseguito con la pianificazione e l'approvazione del Piano Qualità Aziendale;

Obiettivo n°1 § 6.1

L'Organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente (*International Patient Safety Goals* n° 1)

L'intento di questo standard è duplice: in primo luogo, identificare il paziente in maniera attendibile in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento; in secondo luogo, verificare la corrispondenza tra la prestazione o il trattamento e quel singolo paziente. Il miglioramento dei processi di identificazione è stato pianificato dal CQRC per i prelievi di

sangue e di altri campioni biologici oggetto di analisi cliniche, attraverso la prescrizione *on line*, l'identificativo del codice a barre e la tracciabilità del campione fino al suo arrivo in laboratorio.

Scopo

Prevenire gli errori nella identificazione del paziente e della prestazione richiesta.

Identificare con affidabilità che il paziente sia la persona per cui è stata richiesta la prestazione diagnostica.

Iter operativo

- Costituzione di un gruppo di audit al fine di:
 - verificare lo stato dell'arte dell'AOUP;
 - rilevare le criticità emergenti;
 - individuare le azioni migliorative da implementare.
- Condivisione azioni migliorative tra l'Ufficio Qualità e i Responsabile delle UU.OO..
- Elaborazione di Moduli, Documenti, Linee Guida, Progetti.
- Definizione della procedura di prescrizione on-line e successiva etichettatura di codici di barcode, identificativi del paziente e della prestazione di diagnostica di laboratorio richiesta e tracciabilità dei campioni.

Indicatori

Percentuale (%) di prescrizione on-line eseguita da parte delle UU.OO. entro dicembre 2012 rispetto al 2011.

Percentuale (%) di provette correttamente barcodeate entro dicembre 2012 rispetto al 2011.

Percentuale (%) di riduzione delle non conformità registrate nell'area di accettazione dei laboratori.

Obiettivo n°2 § 6.1

I responsabili del governo e della gestione dell'organizzazione sanitaria partecipano alla pianificazione e alla misurazione di un programma per il miglioramento della Qualità e per la sicurezza del paziente (Quality Improvement and Patient Safety n° 1)

L'intento di questo standard è che "la leadership ha la responsabilità di definire il tipo di impegno dell'organizzazione (...) ed elabora il piano per la Qualità e per la sicurezza del paziente e, tramite la sua visione e il suo supporto, contribuisce a plasmare la cultura della Qualità all'interno dell'ospedale.

L'organo di governo è il responsabile ultimo della Qualità e della sicurezza del paziente nell'organizzazione e, quindi, approva il piano per la Qualità e per la sicurezza del paziente.”
L'azione migliorativa per il raggiungimento di tale standard è stata pianificata attraverso la redazione e l'approvazione del Piano Qualità Aziendale.

Scopo

Redazione Piano Qualità dell'AOUP.

Approvazione ed emissione Piano Qualità dell'AOUP.

Iter operativo

- Costituzione di un gruppo di redazione del Piano Qualità.
- Esplicitazione dei principi ispiratori dell'AOUP.
- Identificazione degli obiettivi assegnati a livello regionale per l'anno 2012.
- Condivisione con il Responsabile dell'Ufficio Qualità.
- Verifica e approvazione da parte del Responsabile dell'Ufficio Qualità.
- Verifica e approvazione da parte della Direzione Strategica dell'AOUP.

Indicatori

Delibera di adozione del presente Piano Qualità.

Pubblicazione sull'intranet aziendale del presente Piano Qualità.

6.2 Sviluppo del processo di accreditamento o certificazione delle UU.OO.

Tale obiettivo prevede il supporto alle UU.OO. dell'AOUP che si stanno avviando verso un percorso di accreditamento o di certificazione.

Obiettivo n°3 § 6.2

Certificazione ABIO/SIP della “Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale per il Reparto di Chirurgia Pediatrica dell'AOUP.

La Fondazione ABIO Italia, insieme alla SIP (Società Italiana di Pediatria), ha redatto e promosso la “Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale” con lo scopo successivo di definire i livelli di Qualità che i reparti di pediatria devono rispettare nell'erogazione dei servizi di diagnosi e di cura.

Il progetto, guidato da Fondazione ABIO Italia, tra il 2009 e il 2010 ha coinvolto PROGEA, *Joint Commission International* e SIP e ha portato alla realizzazione del Manuale per la certificazione della “Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale”.

L'adesione al progetto da parte degli ospedali permette di accrescere la Qualità dei servizi offerti attraverso il percorso di applicazione dei principi del Manuale. Il reparto di

Chirurgia Pediatrica dell'AOUP aderisce alla Carta dei Diritti e, raggiungendo gli standard di Qualità predefiniti, potrà garantire che il trauma della degenza, così difficile da superare per un bambino e per i suoi genitori, sia ridotto, gestito con cura o addirittura superato.

Scopo

Elaborazione della Carta dell'Accoglienza nel Reparto di Chirurgia Pediatrica.

Emissione delle Procedure Operative Standard richieste dal Manuale per la Certificazione della "Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale".

Conseguimento certificato ABIO/SIP.

Iter operativo

- Costituzione di un gruppo di supporto al Reparto di Chirurgia Pediatrica.
- Calendarizzazione degli incontri con il Referente di Qualità del Reparto di Chirurgia Pediatrica per la Pianificazione delle azioni da intraprendere.
- Identificazione delle Procedure Operative Standard già prodotte da revisionare.
- Identificazione delle Procedure Operative Standard richieste dal Manuale per la certificazione della "Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale" non ancora redatte.
- Identificazione dei livelli di soddisfacimento richiesti dal Manuale, raggiungibili da parte del Reparto di Chirurgia Pediatrica in coerenza con le risorse disponibili.

Indicatori

Formalizzazione di richiesta di certificazione della "Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale".

Obiettivo n°4 § 6.2

Avvio del processo di richiesta di autorizzazione ed accreditamento della Struttura Trasfusionale dell'AOUP in accordo a quanto previsto dal D.A. 384 del 4.03.11.

La Politica Sanitaria Nazionale e Regionale è orientata a promuovere un'uniforme erogazione dei livelli di assistenza anche in materia di attività trasfusionali, sia attraverso la qualificazione dei servizi trasfusionali sia attraverso la standardizzazione della loro organizzazione, nonché quella delle unità di raccolta.

Il Decreto Assessoriale n° 384 del 4.03.11 definisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi che le Strutture Trasfusionali e le Unità di Raccolta Associate di sangue umano ed emocomponenti devono possedere ai fini del rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento da parte dell'autorità regionale siciliana. Tale Decreto prevede la presentazione di apposita istanza di valutazione da parte delle strutture trasfusionali entro i ventiquattro mesi successivi alla costituzione dell'elenco dei valutatori del Centro Nazionale

Sangue, avvenuta con Decreto del Direttore del Centro Nazionale Sangue n° 1878 del 16.11.11.

Scopo

Identificazione delle responsabilità e dei processi da standardizzare attraverso la redazione di Procedure Operative Standard.

Iter operativo

- Costituzione di un gruppo di supporto alla Struttura Trasfusionale dell'AOUP.
- Programmazione degli incontri con i Referenti di Qualità ed il personale coinvolto della Struttura Trasfusionale per la Pianificazione delle azioni da intraprendere.
- Formalizzazione degli incontri attraverso report destinati a costituire strumenti di lavoro per gli ulteriori step.

Indicatori

Partecipazione agli incontri programmati del personale coinvolto della Struttura Trasfusionale dell'AOUP.

Stesura entro il 2012 dell'elenco dei processi da proceduralare e dei relativi responsabili.

Obiettivo n°5 § 6.2

Implementazione del Sistema di Gestione della Qualità e Sicurezza e accreditamento del laboratorio CQRC.

Scopo

Tale obiettivo è volta ad implementare un Sistema di gestione di Qualità e sicurezza del laboratorio CQRC secondo la norma Iso 9001e OHSAS 18001 in accordo altresì con la norma ISO 15189 e porre le base dell'accREDITAMENTO secondo la norma ISO 17025..

Iter operativo

Studio dei processi ed individuazione delle responsabilità per l'avvio dell'elaborazione del Manuale e delle Procedure atte all'implementazione di un Sistema di gestione integrato Qualità e Sicurezza e del controllo della Qualità del laboratorio secondo la ISO 17025

Indicatori per il raggiungimento dell'obiettivo

Elenco dei processi individuati

Matrice delle responsabilità

6.3 Miglioramento della Qualità del paziente attraverso le indagini di customer satisfaction e le risultanze dell'audit civico

In coerenza con la mission aziendale, finalizzata alla salute ed al benessere della collettività, ed in ottemperanza al D.A. 3185 del 28.12.2010 secondo il quale il monitoraggio della customer satisfaction “deve perseguire lo scopo principale di valutare la percezione del cittadino della Qualità erogata rispetto alla Qualità progettata”, l’URP dell’AOUP ha analizzato i dati emersi dall’applicazione del sistema regionale di Qualità percepita.

Inoltre la valutazione della Qualità delle prestazioni e dei servizi dell’AOUP attraverso l’audit civico, nato nel 2000 per iniziativa di Cittadinanzattiva e condotto da commissioni miste composte da rappresentanze dei cittadini e da componenti dell’Azienda, ha permesso all’URP dell’AOUP il monitoraggio e la verifica dei concreti bisogni dei pazienti, per il miglioramento del rapporto tra cittadino e servizi.

Unitamente ai risultati ottenuti dai suddetti strumenti di valutazione l’analisi dei reclami ha permesso all’URP dell’AOUP di sviluppare un Piano di Umanizzazione delle Cure individuando le criticità, le azioni di miglioramento, le responsabilità, gli obiettivi e gli indicatori.

Pertanto alla luce di quanto emerso dai dati raccolti al fine di promuovere un sistema di gestione per la Qualità integrato, è stato individuato l’Ufficio Qualità Aziendale quale responsabile di alcune azioni di miglioramento.

Obiettivo n°6 § 6.3

Coordinamento per la redazione di una procedura che descriva le modalità di accoglienza presso le UU.OO.

Il raggiungimento di questo obiettivo scaturisce dalla necessità di garantire ai pazienti, che si rivolgono alle UU.OO. e ai Servizi dell’AOUP, una maggiore attenzione sia per gli aspetti relazionali che per le informazioni che devono essere fornite, al fine di creare un clima di accettazione e gradevolezza al malato che accede al servizio.

Scopo

Redazione ed emissione Procedure Operative Standard che illustrino all’utente l’organizzazione del reparto e uniformino i comportamenti degli operatori.

Iter operativo

- Costituzione di un gruppo di lavoro comprendente figure/funzioni aziendali delle aree maggiormente coinvolte (Medica, Chirurgica, Oncologica, etc.).
- Raccolta delle proposte di accoglienza delle aree coinvolte e confronto tra i proponenti per la standardizzazione delle fasi riguardanti il processo dell’accoglienza.

- Supporto per la redazione della Procedura Operativa Standard dell'accoglienza e proposta alla Direzione Strategica per l'autorizzazione all'emissione.

Indicatori

Partecipazione alle riunioni da parte dei costituenti del gruppo di lavoro.

Autorizzazione all'emissione da parte della Direzione Strategica della Procedura Operativa Standard dell'accoglienza.

Obiettivo n°7 § 6.3

Coordinamento per la redazione di una procedura che descriva il percorso di valutazione del dolore presso le UU.OO. in area chirurgica

Scopo

Redazione ed emissione Procedura Operativa Standard che promuova nelle UU.OO. la "cultura del sollievo".

Iter operativo

- Costituzione di un gruppo di lavoro comprendente figure/funzioni aziendali delle aree maggiormente coinvolte (Anestesia e Rianimazione, Medicina, Chirurgia, Oncologia, etc.).
- Confronto tra le figure appartenenti alle aree coinvolte in merito alle linee guida sulla gestione del dolore proposte dall'Anestesia e Rianimazione.
- Supporto per la redazione della Procedura Operativa Standard sulla gestione e valutazione del dolore in area Chirurgica.

Indicatori

- Partecipazione alle riunioni da parte dei costituenti del gruppo di lavoro.
- Autorizzazione all'emissione da parte della Direzione Strategica della Procedura Operativa Standard sulla gestione e valutazione del dolore in area Chirurgica.

7. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

7.1. Riferimenti Normativi

- Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013 approvato dal Consiglio dei Ministri in data 21 gennaio 2011.
- D.Lgs 502 del 30.12.1992 "Programmazione Sanitaria Nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza".

- Legge Regionale n. 5 del 14.04.2009 “Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale”.
- Piano Sanitario Regionale 2011-2013.
- Piano Attuativo Provinciale 2012-2014.
- D. A. n. 384 del 4.03.11 “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta associative”.
- Decreto del Direttore del Centro Nazionale Sangue n. 1878 del 16.11.11 “Elenco dei valutatori del Centro Nazionale Sangue”.
- D.A. 3185 del 28.12.2010 “Il sistema regionale di valutazione della Qualità percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della Qualità percepita: politica, metodologie e strumenti”.

7.2. Riferimenti Documentali

- Report della visita dei consulenti Joint Commission International Palermo, 20-21.10.2011.
- Elenco degli standard adottati a partire dal 2011 e relative note interpretative – Progetto Patient Safety – Convenzione tra Regione Siciliana e Joint Commission International.
- Manuale per la certificazione della “Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale”.
- Atto Aziendale AOUP delibera n. 994 del 22.11.2010.
- Piano di Comunicazione Aziendale del 17.04.2012.
- Piano di Umanizzazione Aziendale del 28.06.2012.

INDICE

1. PREMESSA	2
2. LA <i>VISION</i> AZIENDALE	2
3. SCOPO	3
4. METODOLOGIA.....	3
5. PROGETTAZIONE, IMPLEMENTAZIONE, GESTIONE QUALITÀ: STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	4
6. OBIETTIVI.....	6
6.1 ATTUAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEGLI <i>STANDARD JCI</i>	6
<i>Obiettivo n°1 § 6.1</i>	6
<i>Obiettivo n°2 § 6.1</i>	7
6.2 SVILUPPO DEL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO O CERTIFICAZIONE DELLE UU.OO...8	8
<i>Obiettivo n°3 § 6.2</i>	8
<i>Obiettivo n°4 § 6.2</i>	9
<i>Obiettivo n°5 § 6.2</i>	10
6.3 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEL PAZIENTE ATTRAVERSO LE INDAGINI DI CUSTOMER SATISFACTION E LE RISULTANZE DELL'AUDIT CIVICO	10
<i>Obiettivo n°6 § 6.3</i>	11
<i>Obiettivo n°7 § 6.3</i>	12
7. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI	12
7.1. RIFERIMENTI NORMATIVI	12