



DIREZIONE GENERALE
UOS Risk Management Qualità

**OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA
SICUREZZA DEL PAZIENTE (IPSG):
GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE**

**PROCEDURA
AZIENDALE
RMQ N. 27**

**AZIENDA OSPEDALIERA
UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO
GIACCONE" PALERMO**


**OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE
(IPSG): GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE**

REDAZIONE	<i>Francesca Rocca, Provvidenza Damiani, Barbara Ravazzolo, Federica Pecoraro</i>
VERIFICA	<i>Dott. Francesco Armetta, Dott.ssa Rosalia Murè</i>
AUTORIZZAZIONE	<i>Dott.ssa Maria Grazia Furnari</i>

STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
1	Tutte le sezioni	Adeguamento RMQ n.1	08/06/2026
0	Prima emissione a cura di Dr. Luigi Aprea - Dr. Alberto Firenze - Dott.ssa Maria - Antonella Di Benedetto		18/03/2009

Data 08/06/2026	Rev. 1	Pag. 1 di 12
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		


	DIREZIONE GENERALE UOS Risk Management Qualità	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (IPSG): GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE	PROCEDURA AZIENDALE RMQ N. 27
---	---	--	--

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	3
2. SCOPO.....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. CRITERI DI BUONA QUALITA' DELLE PROCEDURE	4
5. IPSG	4
6. RIFERIMENTI NORMATIVI	7
7. FLOW CHART	8
8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	9
9. INDICATORI	10
10. CRITERI DELLA BUONA QUALITA' DELLE PROCEDURE	11
11. GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'	12
12. CONSERVAZIONE	12



Data 08/06/2026	Rev. 1	Pag. 2 di 12
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

	DIREZIONE GENERALE UOS Risk Management Qualità	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (IPSG): GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE	PROCEDURA AZIENDALE RMQ N. 27
---	---	--	--------------------------------------

1. INTRODUZIONE

La sicurezza del paziente è un problema internazionale: gli studi condotti su questo argomento hanno stabilito che dal 4 al 16% dei pazienti ricoverati in ospedale sperimenta un evento avverso. La definizione di sicurezza varia ma solitamente comprende *“l’evitare, il prevenire e il migliorare gli esiti negativi o i danni derivanti dal processo di cura”*. A fronte dell’aumentato interesse internazionale per la sicurezza del paziente, vi è una crescente esigenza di monitorare la sicurezza delle organizzazioni e valutare le iniziative volte a migliorarla.

Il Progetto di valutazione delle aziende sanitarie, secondo gli Standard Joint Commission International, focalizza l’attenzione, in modo particolare, sugli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente (IPSG). Tali obiettivi sopra citati sono stati prima implementati negli U.S.A. ed in seguito analizzati ed adattati alla realtà internazionale attraverso un progetto gestito congiuntamente con l’OMS, con la prima versione degli IPSG resa obbligatoria per l’accreditamento internazionale delle strutture ospedaliere a partire dal Gennaio 2008. Lo scopo degli IPSG è di promuovere miglioramenti specifici nel settore della sicurezza del paziente; i sei ambiti di attività (Figura 1) definiti da tali Obiettivi riguardano tutta la struttura ospedaliera e coinvolgono tutti gli operatori sanitari indipendentemente dalla loro formazione e o area lavorativa.

2. SCOPO


L’utilizzo degli indicatori consente di individuare aree critiche, pianificare interventi correttivi e monitorare nel tempo (su base semestrale) l’efficacia delle azioni di miglioramento. Gli aggiornamenti JCI 2023 raccomandano l’integrazione degli indicatori in dashboard digitali e cicli PDCA per miglioramento continuo.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La Procedura si applica a tutte le UU.OO. dell’AOUP “P. Giaccone” ed è rivolta ai Referenti della qualità, formazione, rischio clinico e comunicazione.



Data 08/06/2026	Rev. 1	Pag. 3 di 12
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 <p>DIREZIONE GENERALE UOS Risk Management Qualità</p>	<p>OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (IPSG): GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE RMQ N. 27</p>
---	---	---

4. CRITERI DI BUONA QUALITA' DELLE PROCEDURE

Lo standard **QPS.3.3**, definito dal JCI, fa parte del capitolo “Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente (QPS)”.

Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente (QPS)

Secondo quanto dettato dallo Standard QPS.3.3 “I leader dell’organizzazione identificano gli indicatori chiave per ogni singolo Obiettivo Internazionale per la Sicurezza del Paziente”, il cui Intento recita così.

“Il miglioramento della qualità e la sicurezza del paziente sono guidati e indirizzati dai dati. L’utilizzo efficace dei dati si realizza al meglio nel più ampio contesto delle pratiche cliniche basate sull’evidenza e delle pratiche manageriali basate sull’evidenza.

Dato che le organizzazioni sanitarie, in genere, dispongono di risorse limitate, non sono materialmente in grado di raccogliere i dati per misurare tutte le possibili aree di interesse. Di conseguenza, ogni organizzazione deve scegliere i processi e gli esiti clinici e manageriali più importanti da misurare in base alla propria missione, ai bisogni dei pazienti e ai servizi da essa erogati. La misurazione è spesso focalizzata su quei processi che sono ad alto rischio per il paziente, che producono grandi volumi d’attività o che sono problematici per natura. I leader dell’organizzazione hanno la responsabilità di effettuare la selezione definitiva delle misure chiave (indicatori) da includere nelle attività per il miglioramento della qualità dell’organizzazione (cruscotto della qualità).”

Lo standard QPS.3.3 della Joint Commission International rappresenta lo strumento operativo attraverso cui gli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente (IPSG) vengono tradotti in indicatori misurabili, consentendo il monitoraggio continuo delle performance e il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure.

5. IPSG

5.1 IPSG.1 - Accuratezza dell’identificazione del paziente

La corretta identificazione del paziente rappresenta un elemento fondamentale per la sicurezza in ogni fase della diagnosi e del trattamento. Gli errori di identificazione possono verificarsi perché il paziente è sedato, disorientato o non completamente vigile, o perché cambia stanza, letto o reparto. Possono intervenire anche disabilità sensoriali o altre condizioni particolari che aumentano il rischio di errore.

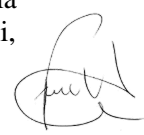
L’obiettivo è duplice:

- Identificare il paziente in maniera univoca e sicura;
- Verificare la corrispondenza tra la prestazione/ trattamento e paziente specifico.


Per raggiungere questo scopo, le organizzazioni devono adottare politiche e procedure collaborative che prevedano almeno due modalità di identificazione, come nome e cognome, numero identificativo univoco, data di nascita o braccialetto con codice a barre. Non possono essere utilizzati come identificativo principale numeri di stanza, letto o reparto. È inoltre fondamentale prevedere procedure specifiche per l’identificazione di pazienti senza generalità note al momento dell’ingresso. Gli aggiornamenti JCI 2023 enfatizzano la tracciabilità digitale e la registrazione elettronica dei dati di identificazione per migliorare audit e sicurezza.

5.2 IPSG.2 - Comunicazione efficace tra operatori

Una comunicazione chiara, tempestiva e priva di ambiguità è essenziale per ridurre gli errori e migliorare la sicurezza del paziente. Le comunicazioni più soggette a rischio di errore includono le prescrizioni verbali,



Data 08/06/2026	Rev. 1	Pag. 4 di 12
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

	DIREZIONE GENERALE UOS Risk Management Qualità	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (IPSG): GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE	PROCEDURA AZIENDALE RMQ N. 27
---	---	---	--------------------------------------

quelle telefoniche e la segnalazione dei risultati di esami critici.

Per garantire la sicurezza, l'organizzazione deve elaborare procedure collaborative che prevedano la trascrizione completa delle informazioni e il cosiddetto **read-back**, cioè la **rilettura ad alta voce** per confermare l'esattezza di quanto trascritto. In contesti come la sala operatoria, le emergenze o le terapie intensive, dove il read-back può non essere sempre possibile, devono essere definite procedure alternative che garantiscano comunque la trasmissione corretta delle informazioni.

L'aggiornamento JCI 2023 introduce il concetto di **handover strutturato** (es. SBAR) e monitoraggio digitale delle comunicazioni critiche.

5.3 IPSG.3- Sicurezza dei farmaci ad alto rischio

Quando la terapia farmacologica fa parte del piano di trattamento, la gestione appropriata dei farmaci è un elemento critico a garanzia della sicurezza del paziente. I farmaci ad alto rischio sono quei farmaci coinvolti in una percentuale elevata di errori e/o eventi sentinella, i farmaci che comportano un rischio maggiore di provocare esiti

avversi, come pure i farmaci cosiddetti "Look-Alike/Sound-Alike". Elenchi di farmaci ad alto rischio sono messi a disposizione da enti quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità o l'Institute for Safe Medication Practices.

Una problematica di sicurezza nell'uso dei farmaci spesso citata in letteratura è la somministrazione involontaria di elettroliti concentrati (ad esempio: cloruro di potassio [in concentrazione pari o maggiore a 2 meq/ml], fosfato di potassio [in concentrazione pari o maggiore a 3 mmol/ml], cloruro di sodio [in concentrazione superiore a 0,9%] e solfato di magnesio [in concentrazione pari o superiore al 50%]). Gli errori possono verificarsi in assenza di un orientamento adeguato degli operatori al reparto di cura, quando si utilizzano infermieri a contratto senza un adeguato orientamento o durante le emergenze. Il mezzo più efficace per ridurre o eliminare questi eventi consiste nell'elaborazione di un processo per la gestione dei farmaci ad alto rischio che preveda la rimozione degli elettroliti concentrati dai reparti, limitandone la conservazione alla farmacia.

L'organizzazione elabora in maniera collaborativa una politica e/o una procedura che riportano l'elenco dei farmaci ad alto rischio in uso all'interno dell'organizzazione sulla base dei dati in suo possesso. La politica e/o procedura identificano altresì le aree assistenziali dove la presenza degli elettroliti concentrati è clinicamente necessaria in base all'evidenza scientifica e alla pratica professionale, come ad esempio il pronto soccorso o le sale operatorie, e individuano le modalità di corretta etichettatura e di conservazione nelle aree


assistenziali sopra identificate in maniera tale da limitarne l'accesso al fine di prevenirne la somministrazione accidentale.

Gli aggiornamenti JCI 2023 raccomandano:

- integrazione con sistemi elettronici di prescrizione e somministrazione;
- standardizzazione degli strumenti di prescrizione e protocolli;
- revisione annuale degli elenchi di farmaci ad alto rischio basata su evidenza aggiornata e sulla loro interazione con altri farmaci;
- doppio controllo indipendente;
- formazione continua degli operatori e monitoraggio di near miss;



Data 08/06/2026	Rev. 1	Pag. 5 di 12
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

	DIREZIONE GENERALE UOS Risk Management Qualità	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (IPSG): GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE	PROCEDURA AZIENDALE RMQ N. 27
---	---	---	--------------------------------------

I programmi di sicurezza del farmaco identificano quattro gruppi farmacologici particolarmente associati a danni al paziente: gli anticoagulanti, le insuline e gli altri farmaci antidiabetici, gli oppioidi e i sedativi. Questi farmaci sono responsabili di una quota significativa degli eventi avversi prevenibili e rappresentano pertanto un'importante area di miglioramento della sicurezza delle cure.

5.4 IPSG.4 - Intervento chirurgico corretto

L'intervento chirurgico in paziente sbagliato, con procedura sbagliata, in parte del corpo sbagliata è un evento tanto comune nelle organizzazioni sanitarie da destare allarme. Questi errori sono la conseguenza di un difetto di comunicazione (inefficace o inadeguata) tra i membri dell'equipe chirurgica, del non coinvolgimento del paziente nella marcatura del sito chirurgico e della mancanza di procedure per la verifica del sito chirurgico. Inoltre, spesso intervengono altri fattori favorevoli, quali l'inadeguatezza della valutazione del paziente, l'inadeguatezza della verifica della documentazione clinica, una cultura refrattaria alla comunicazione aperta tra i membri dell'equipe chirurgica, problemi dovuti all'illeggibilità della calligrafia e l'utilizzo di abbreviazioni.

L'organizzazione deve elaborare in maniera collaborativa una politica e/o una procedura volte a eliminare efficacemente questo problema allarmante. La politica deve prevedere una definizione di chirurgia che comprenda quantomeno quelle procedure invasive eseguite a scopo diagnostico e/o terapeutico e finalizzate a indagare e/o a trattare malattie e disturbi dell'organismo umano a mezzo di incisione, asportazione, alterazione o introduzione di strumenti endoscopici. La politica si applica in tutte le unità operative e in tutti i reparti dove si eseguono tali procedure invasive.

Le pratiche cliniche basate sull'evidenza sono descritte nel Protocollo Universale JCI e prevedono tre passaggi chiave:

- marcatura del sito chirurgico;
- processo di verifica preoperatoria;
- time-out da eseguire immediatamente prima dell'inizio di una procedura invasiva;

La marcatura del sito chirurgico coinvolge attivamente il paziente ed è eseguita con un segno univoco, immediatamente riconoscibile. Il segno dovrebbe essere standardizzato in tutta l'organizzazione, dovrebbe essere fatto dalla persona che eseguirà la procedura, dovrebbe avvenire in presenza del paziente vigile e cosciente laddove possibile e deve essere visibile anche dopo la preparazione e la vestizione preoperatorie. Il sito chirurgico deve essere contrassegnato in tutti i casi dove è possibile confondere il lato (destra o sinistra), l'articolazione (dita delle mani o dei piedi), la lesione (in caso di lesioni multiple) o il livello (colonna vertebrale).

Il processo di verifica preoperatoria ha lo scopo di:


- verificare che si tratti del paziente giusto, della procedura corretta e del sito operatorio corretto;
- assicurarsi che sia disponibile, appropriatamente etichettata e pronta per l'uso, tutta la documentazione clinica pertinente, comprese le lastre e i referti delle indagini;
- verificare l'effettiva presenza di eventuali apparecchiature, dispositivi e/o impianti speciali e necessari all'esecuzione dell'intervento.

Il time-out permette di risolvere eventuali situazioni di confusione o domande senza risposta. Il time-out è condotto nel luogo dove sarà eseguita la procedura, appena prima di dare il via alla procedura, e vede il coinvolgimento dell'intera equipe operatoria.

L'organizzazione stabilisce le modalità di documentazione del processo del time-out.



Data 08/06/2026	Rev. 1	Pag. 6 di 12
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

	DIREZIONE GENERALE UOS Risk Management Qualità	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (IPSG): GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE	PROCEDURA AZIENDALE RMQ N. 27
---	---	--	--------------------------------------

IPSG 5.5 - Prevenzione delle infezioni associate all'assistenza

La prevenzione e il controllo delle infezioni pongono una serie di difficoltà nella maggior parte delle strutture sanitarie. I tassi crescenti di infezioni associate all'assistenza sanitaria rappresentano una grossa fonte di preoccupazione sia per i pazienti sia per i professionisti sanitari.

Le infezioni comuni a molte strutture sanitarie comprendono le infezioni delle vie urinarie associate a cateterismo vescicale, le infezioni del torrente ematico e la polmonite (spesso associata alla ventilazione meccanica).

Un fattore centrale per l'eliminazione di queste e di altre infezioni è l'adeguatezza dell'igiene delle mani. Le linee guida per l'igiene delle mani riconosciute a livello internazionale sono reperibili presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i Centers for Disease Control and Prevention negli Stati Uniti (CDC, Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie) e varie altre organizzazioni nazionali e internazionali.

L'organizzazione deve adottare politiche che implementino queste linee guida, adattandole al proprio contesto e garantendo la formazione continua del personale. La misurazione dell'aderenza alle pratiche di igiene delle mani permette di valutare l'efficacia delle azioni intraprese.

5.6 IPSG 6 - Riduzione del rischio di cadute

Le cadute costituiscono una delle principali cause di infortunio tra i pazienti ricoverati.

Ogni organizzazione deve valutare il rischio dei propri pazienti considerando fattori come anamnesi di cadute pregresse, la revisione dei farmaci assunti ed eventualmente assunzione di alcol, uno screening dell'equilibrio e andatura del paziente, oltre agli ausili utilizzati.

Sulla base di questa valutazione, devono essere implementate misure preventive volte a ridurre sia la probabilità di caduta sia il rischio di danni in caso di caduta. È fondamentale monitorare gli esiti attesi e indesiderati delle misure adottate, per esempio evitando che restrizioni o contenzioni possano causare ulteriori danni.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

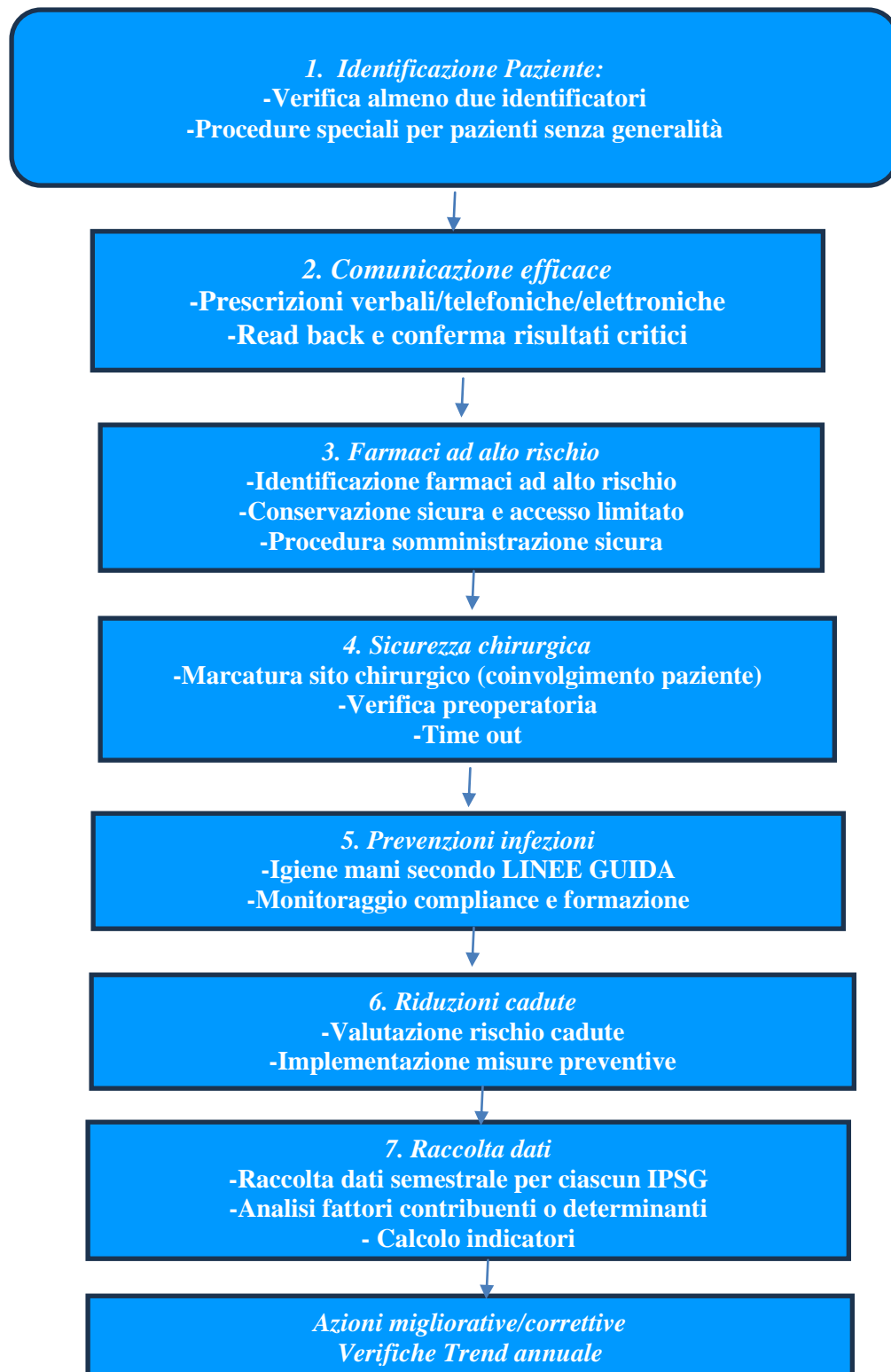
- Joint Commission International (JCI) – IPSG 2023 – Standard internazionali su identificazione paziente, comunicazione, farmaci ad alto rischio, interventi chirurgici, prevenzione infezioni e cadute;
- Joint Commission International. International Patient Safety Goals 2023. Joint Commission Resources;
- Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals, 3rd Edition, 2023 Update;
- World Health Organization (WHO). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, 2021;
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the Prevention of Healthcare-Associated Infections, 2022;
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP). High-Alert Medications List, 2022 Update;
- Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate. Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente, 30/10/09;



Data 08/06/2026	Rev. 1	Pag. 7 di 12
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



7. FLOW CHART



	DIREZIONE GENERALE UOS Risk Management Qualità	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (IPSG): GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE	PROCEDURA AZIENDALE RMQ N. 27
---	---	---	--------------------------------------


8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività \ Funzione	Direzione Sanitaria	UOS Risk Management Qualità	Medico	Infermiere	Farmacia
Definizione procedure IPSG	R	R			
Identificazione corretta del paziente			R	R	C
Controllo braccialetto/barcode			R	R	
Comunicazione efficace (SBAR/read-back)			R	R	
Gestione comunicazioni critiche		C	R	R	
Gestione farmaci ad alto rischio			R	R	C
Controllo elettroliti concentrati			R	R	C
Marcatura sito chirurgico			R	C	
Time-out chirurgico			R	R	
Igiene delle mani / prevenzione infezioni		R	C	C	
Valutazione rischio cadute				R	
Monitoraggio indicatori e audit IPSG	R	R			

R= Responsabile; C= Coinvolto I= informato



Data 08/06/2026	Rev. 1	Pag. 9 di 12
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		


 <p>DIREZIONE GENERALE UOS Risk Management Qualità</p>	<p>OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (IPSG): GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE RMQ N. 27</p>
---	---	---

9. INDICATORI

IPSG	Indicatore sintetico	Formula	Obiettivo
IPSG.1 Identificazione del paziente	Corretta identificazione del paziente	Prestazioni con doppia identificazione verificata / Prestazioni osservate × 100	≥ 95%
IPSG.2 Comunicazione efficace	Comunicazioni critiche gestite correttamente	Comunicazioni con read-back documentato / Comunicazioni critiche osservate × 100	≥ 90%
IPSG.3 Farmaci ad alto rischio	Corretta gestione dei farmaci ad alto rischio	Verifiche conformi / Verifiche effettuate × 100	≥ 95%
IPSG.4 Chirurgia corretta	Corretta esecuzione del time-out chirurgico	Procedure con time-out documentato / Procedure osservate × 100	100%
IPSG.5 Prevenzione delle infezioni	Compliance all'igiene delle mani	Opportunità corrette / Opportunità osservate × 100	≥ 90%
IPSG.6 Prevenzione delle cadute	Valutazione del rischio di caduta	Pazienti valutati / Pazienti ricoverati × 100	100%



Data 08/06/2026	Rev. 1	Pag. 10 di 12
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 <p>DIREZIONE GENERALE UOS Risk Management Qualità</p>	<p>OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (IPSG): GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE RMQ N. 27</p>
---	---	---

10. CRITERI DELLA BUONA QUALITA' DELLE PROCEDURE

Intento di AOP 1.3

L'esito primario delle valutazioni iniziali del paziente è la comprensione completa dei suoi bisogni di assistenza medica e infermieristica, al fine di pianificare e avviare in sicurezza il percorso di cura e trattamento. A tal fine, l'organizzazione definisce il contenuto minimo delle valutazioni mediche e infermieristiche iniziali, i tempi entro cui completarle e i requisiti per la loro documentazione, in conformità agli standard JCI 8ª edizione (2024) e alle migliori pratiche basate sull'evidenza.

Pur riconoscendo che le valutazioni mediche e infermieristiche sono fondamentali, possono essere necessarie ulteriori valutazioni da parte di altri professionisti sanitari, come valutazioni specialistiche o personalizzate. Tutte le valutazioni devono essere integrate per consentire l'identificazione dei bisogni sanitari più urgenti e garantire la continuità assistenziale.

Nei casi di emergenza, le valutazioni iniziali possono concentrarsi sui bisogni e sulle condizioni cliniche immediatamente evidenti. In situazioni in cui non è possibile completare anamnesi ed esame obiettivo completi, come prima di un intervento chirurgico urgente, deve essere documentata almeno una nota

sintetica e la diagnosi preoperatoria, per garantire sicurezza e tracciabilità.

Elementi Misurabili di AOP 1.3


1. I bisogni di assistenza medica del paziente sono identificati tramite la valutazione iniziale, l'anamnesi documentata, l'esame obiettivo e le ulteriori valutazioni basate sulla rilevazione dei bisogni specifici del paziente.
2. La valutazione infermieristica si avvale di modelli standardizzati e validati a livello internazionale, come quelli proposti da NANDA International e dall'International Council of Nurses, consentendo una classificazione sistematica dei bisogni e una pianificazione personalizzata degli interventi.
3. I bisogni di assistenza medica così identificati sono documentati in cartella clinica, in conformità agli standard di sicurezza e tracciabilità JCI.
4. I bisogni di assistenza infermieristica così identificati sono documentati in cartella clinica, garantendo coerenza e continuità assistenziale.
5. Politiche e procedure supportano l'uniformità della pratica in tutte le aree, promuovendo la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza dell'assistenza.

L'individuazione dei bisogni assistenziali si articola nelle seguenti fasi:

- **Raccolta di dati** e informazioni sulle condizioni cliniche, funzionali, psicologiche e sociali del paziente, nonché sulla sua anamnesi, sugli stili di vita e sul contesto socio-familiare (Allegati 1a, 1b), con attenzione alle raccomandazioni JCI 8ª edizione per la documentazione e la sicurezza dei dati.
- **Analisi** dei dati e delle informazioni, compresi i risultati degli esami di laboratorio e di diagnostica per immagini, e le abitudini alimentari, allo scopo di identificare in modo



Data 08/06/2026	Rev. 1	Pag. 11 di 12
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

	DIREZIONE GENERALE UOS Risk Management Qualità	OBIETTIVI INTERNAZIONALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE (IPSG): GESTIONE DEGLI INDICATORI CHIAVE	PROCEDURA AZIENDALE RMQ N. 27
---	---	---	--------------------------------------

sistematico e multidimensionale i bisogni sanitari del paziente, in coerenza con le raccomandazioni dell'Agency for Healthcare Research and Quality e i nuovi criteri JCI per la gestione dei rischi e la sicurezza del paziente.

- **Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica** attraverso una valutazione strutturata, anche mediante l'utilizzo di modelli standardizzati proposti da NANDA International e dall'International Council of Nurses, con integrazione dei nuovi indicatori JCI di qualità infermieristica.
- **Integrazione delle valutazioni mediche e infermieristiche** ai fini della definizione del quadro complessivo dei bisogni del paziente.
- **Sviluppo di un piano di cura personalizzato** e di presa in carico volto a soddisfare i bisogni precedentemente identificati del paziente, attraverso un approccio interdisciplinare, centrato sulla persona, e conforme ai nuovi requisiti JCI relativi a continuità assistenziale, sicurezza e monitoraggio dei risultati clinici.
- **Monitoraggio continuo** e rivalutazione periodica dei bisogni assistenziali, in relazione all'evoluzione delle condizioni cliniche del paziente e alla risposta agli interventi attuati, integrando i nuovi criteri JCI di misurazione degli outcomes.

11. GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'

Eventuali non conformità segnalate a mezzo di incident reporting verranno gestite attraverso la convocazione di audit con il personale sanitario afferente alle Unità Operative coinvolte.

12. CONSERVAZIONE

Il presente documento sarà:

- Conservato presso l'U.O.S. Risk Management e Qualità;
- Inviato a ciascun Referente della qualità, formazione, rischio clinico e comunicazione;
- Pubblicato sul sito INTRANET aziendale.



Data 08/06/2026	Rev. 1	Pag. 12 di 12
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		