

Atto adottato dall'Azienda

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

512/CS

19 giu. 2019

Numero

data

Oggetto: Approvazione del Programma per il Miglioramento della Qualità 2019 – 2020.

Esercizio _____ Conto _____

Centro di Costo _____

Sottoconto n° _____

Budget:

- Assegnato € _____

- Utilizzato € _____

- Presente Atto € _____

- Residuo € _____

Ovvero schema allegato

Scostamento Budget NO SI

Il Direttore del Bilancio _____

Data.....

Direzione Sanitaria

F.to _____

Estensore: Patrizia Zorzetto

Il Responsabile del procedimento

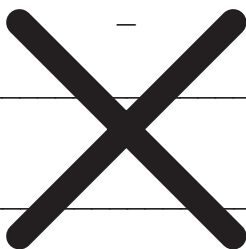
Data _____ Firma _____

Il Direttore

Data 13/06/2019 Firma F.to _____

Proposta n° 511 del 14/6/19

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO



Data _____

IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott. Antonio Fortino

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Data 14/6/19

F.to

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Cristiano Camponi

La presente deliberazione si compone di n. 13 di cui n. 8 di pagine di allegati e di una pagina attestante la pubblicazione e l'esecutività, che ne formano parte integrante e sostanziale.

IL DIRETTORE SANITARIO

VISTI

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il DCA n. U00469 del 7/11/2017, in materia di accreditamento istituzionale;
- la deliberazione n. 88/DG del 29/01/2019 con la quale è stato adottato il nuovo Atto Aziendale dell'A.O. San Giovanni-Addolorata, approvato dalla Regione Lazio con il DCA n. U00117 del 18/03/2019;

PREMESSO

che l'A.O. San Giovanni Addolorata si caratterizza per la sua funzione pubblica di tutela della salute, fortemente orientata al servizio, capace di risposte tempestive e soddisfacenti alle esigenze degli assistiti;

- che il citato DCA n. U00469/2017 con il quale è stato approvato il Manuale di accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere, nell'ottica di costruire un sistema che fornisca un livello di prestazioni sanitarie qualitativamente elevato e che sia in grado di orientare lo svolgimento delle attività al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, ha previsto un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione, attraverso una valutazione continua dell'applicazione dei requisiti, la misurazione e l'analisi dei medesimi;

TENUTO CONTO

che, nello specifico, il suddetto DCA prevede quale requisito di accreditamento 7.1 *“un programma aziendale per il miglioramento della qualità (integrato con rischio clinico, formazione e pianificazione strategica) nonché piani di azione per aree cliniche specifiche”*;

RAVVISATA

la necessità di diffondere e sensibilizzare l'attenzione degli operatori attraverso un Piano che formuli gli obiettivi, le responsabilità, gli indicatori, la comunicazione e la formazione per il miglioramento della qualità a livello aziendale e dei singoli Dipartimenti;

PRESO ATTO

del documento allegato *“Programma per il miglioramento della qualità 2019-2020”*, presentato al Collegio di Direzione nella seduta del 4 aprile 2019;

RITENUTO

- di approvare il citato documento che, allegato alla presente deliberazione ne forma parte integrante e sostanziale (all. I);
- necessario affidare ai Servizi, Dipartimenti e Unità Operative competenti per i singoli temi la realizzazione del programma ed alla UOSD Qualità Accreditamento ed Innovazione organizzativa il monitoraggio e l'aggiornamento dello stesso;

ATTESTATO

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché in coerenza ai criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

ATTESTATO in particolare che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

PROPONE

per i motivi dettagliatamente esposti in narrativa che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di approvare il documento "Programma per il miglioramento della qualità 2019-2020" (all. I) che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di affidare ai Servizi, Dipartimenti e Unità Operative competenti per i singoli temi la realizzazione del programma ed alla UOSD Qualità Accreditamento ed Innovazione organizzativa il monitoraggio e l'aggiornamento dello stesso;
- di pubblicare il documento in questione sul sito intranet, nella apposita sezione dedicata (Documenti - Programmi aziendali in corso), a cura della UOSD Rischio clinico, medicina legale e EBM.

**Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio Fortino**

F.to

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

- VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- IN VIRTU'** dei poteri conferitigli con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00014 del 1° febbraio 2019;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;
- PRESO ATTO** altresì che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta in particolare che lo stesso è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;
- VISTO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo;
- ritenuto di dover procedere

DELIBERA

di approvare la proposta così come formulata, rendendola disposta.

La U.O.C. Affari Generali e gestione amministrativa ALPI curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr.ssa Ilde Coiro

F.to

***PROGRAMMA PER IL MIGLIORAMENTO
DELLA QUALITA'
2019-2020***

INDICE

1. INTRODUZIONE: MISSION E VISION	pag. 3
2. SCOPO	pag. 3
3. RIFERIMENTI ESTERNI	pag. 4
4. RIFERIMENTI INTERNI	pag. 4
5. QUALITÀ CLINICA ED ASSISTENZIALE (TECNICO PROFESSIONALE) ..	pag. 4
6. QUALITÀ ORGANIZZATIVA	pag. 5
7. QUALITÀ RELAZIONALE E PERCEPITA	pag. 6
8. INDICAZIONI PER I PIANI DEI DIPARTIMENTI IN MATERIA DI QUALITÀ E GOVERNO CLINICO	pag. 7
9. FORMAZIONE ALLA QUALITÀ'	pag. 8
10. COMUNICAZIONE DEL PROGRAMMA QUALITÀ'	pag. 8
11. RESPONSABILITÀ'	pag. 8
12. CONTROLLI, VERIFICHE, MONITORAGGIO	pag. 8

1. INTRODUZIONE: MISSION E VISION

Come stabilito dall'Atto Aziendale (recato dal DCA 117/2019, artt. 3 e 4), l'Azienda Ospedaliera San Giovanni – Addolorata si caratterizza per la sua funzione pubblica di tutela della salute, fortemente orientata al servizio, capace di risposte tempestive e soddisfacenti alle esigenze degli assistiti, individuando il riferimento costante della propria azione nella persona. Soddisfa la domanda di salute espressa dagli assistiti, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, assicurando interventi essenziali, efficaci, efficienti, appropriati, personalizzati ed orientati all'innovazione.

I principi ai quali l'Azienda nello svolgimento della sua **missione** conforma le sue azioni sono:

- la centralità della persona ed il rispetto della dignità umana;
- l'universalità dell'assistenza e l'equità nell'accesso ai servizi;
- l'efficacia e l'appropriatezza delle cure;
- l'eticità delle scelte e dei comportamenti;
- la sostenibilità economica e l'efficienza gestionale.

La **visione** strategica dell'Azienda (art. 4 dell'Atto aziendale) è orientata a:

- realizzare un'organizzazione finalizzata a garantire servizi sanitari equi, efficaci, appropriati, tempestivi e a misura di persona;
- valorizzare in maniera costante, continua, partecipata le proprie risorse umane, sviluppandone le competenze ed abilità;
- adeguare ed aggiornare le proprie risorse strumentali, tecnologiche ed informatiche al fine di erogare servizi sanitari in linea con la ricerca scientifica più avanzata;
- adottare procedure che garantiscano la congruità prescritta e l'evidenza scientifica degli interventi sanitari a tutela dei diritti di salute degli assistiti.

I suddetti principi sono incentrati sulla **qualità delle cure/dell'assistenza sanitaria**, che può essere definita come il giusto mix delle seguenti 6 dimensioni maggiori: efficacia, efficienza, accessibilità, accettabilità/ paziente-centrica, equità e sicurezza (WHO 2006).

2. SCOPO

Il presente Programma formula gli obiettivi, le responsabilità, gli indicatori, la comunicazione e la formazione per il miglioramento della qualità a livello aziendale e dei singoli Dipartimenti (piani di azione).

3. RIFERIMENTI ESTERNI

Si fa riferimento ai seguenti Requisiti del Manuale dell'Accreditamento istituzionale della Regione Lazio (DCA U00469/2017):

Requisito 7.1: che prevede un programma aziendale per il miglioramento della qualità (integrato con rischio clinico, formazione e pianificazione strategica) nonché piani di azione per aree cliniche specifiche.

Requisito 1.5: che prevede la valutazione degli esiti/volumi/appropriatezza dell'assistenza in ogni dipartimento, nonché la descrizione degli standard di prodotto/percorso, e misure di qualità clinica, organizzativa e percepita.

4. RIFERIMENTI INTERNI

Il Presente Programma è collegato e coerente con i seguenti documenti aziendali (per la conoscenza dei quali si rinvia ai documenti integrali pubblicati):

- PARM: Piano annuale rischio clinico
- PAICA: Piano annuale infezioni correlate all'assistenza
- UxU: Uniti per l'Umanizzazione
- PFA: Piano annuale formazione
- Ciclo della Performance e Budget (in particolare, obiettivi organizzativi e di qualità)
- DVR: Documento valutazione del rischio lavorativo.

5. QUALITA' CLINICA ED ASSISTENZIALE (TECNICO PROFESSIONALE)

Le linee strategiche sono le seguenti:

- Diffondere la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) nella pratica clinica e nei percorsi assistenziali attraverso l'elaborazione e applicazione di PDTA, Protocolli, nonché mediante l'aggiornamento e l'accesso alla letteratura scientifica, ecc.
- Migliorare la collaborazione e integrazione multidisciplinare e interprofessionale
- Ridurre il rischio clinico.

Azioni	Responsabilità	Indicatori	Stato di avanzamento	Riferimenti interni
PDTA, Procedure e protocolli	RISCHIO CLINICO	Numero di PDTA deliberati % di PDTA con aggiornamento non superiore a 3 anni	Oltre 106 documenti su Intranet;	Budget, obiettivi qualitativi
Programma Rischio clinico	RISCHIO CLINICO	Emanazione annuale. Livello di attuazione	Emanato annualmente. Redazione resoconto attività PARM precedente	PARM
Programma Infezioni correlate all'assistenza	CC-ICA	Emanazione annuale. Livello di attuazione	Emanato annualmente. Redazione resoconto attività del PAICA precedente	PAICA
Strumenti di lavoro multidisciplinari	Area oncologica		Breast Unit, Gino-meeting, MioMeeting, Neuromeeting, Uromeeting, Lung meeting, Mieloma meeting, meeting della Cardiologia d'urgenza,	
Modalità lavoro interprofessionale	DAI	Briefing di reparto Strumenti per la consegna infermieristica e per la consegna medica	Previsto accreditamento ECM	

6. QUALITA' ORGANIZZATIVA

Le linee strategiche sono le seguenti:

- Rafforzare l'appropriato utilizzo delle risorse
- Incrementare efficienza e semplicità dei processi
- Realizzare il percorso per l'accreditamento istituzionale della Regione Lazio
- Dare massima attenzione alla sicurezza dei luoghi di lavoro.

Azioni	Responsabilità	Indicatori	Stato di avanzamento	Riferimenti interni
Regolamenti e Procedure clinico-organizzative	DSA	Emanazione Verifica attuazione	Emanati DEA, Sale operatorie, TIPO	Delibere e Disposizioni
Sistemi di certificazione professionali	Ufficio Qualità	Presenza di certificato aggiornato	Centro di Senologia: attivo; Endoscopia digestiva; in corso; Terapia antalgica: scaduto Centro trasfusionale e ematologia (JACIE): attivo	
Sistemi di accreditamento istituzionali	Ufficio Qualità		Banca degli occhi (CNT): attivo Centro trasfusionale (CNS): attivo	
Audit di sistema			da progettare	
Semplificazione	Ufficio qualità	Istruzioni operative "lean"	da progettare	
Sicurezza	RSPD e DMPO	Monitoraggio e Azioni correttive	DVR	
Informatizzazione	Rischio clinico e DMPO	Applicare procedura su Cartella. Completare informatizzazione per Area critica. Collegare dati Pre-ospedalizzazione con cartella ricovero	In corso	

7. QUALITA' RELAZIONALE E PERCEPITA

Le linee strategiche sono le seguenti:

- Dare centralità all'Umanizzazione dell'assistenza
- Migliorare il comfort e la sicurezza degli ambienti con il potenziamento del servizio di accoglienza e vigilanza
- Interagire con l'utenza con diversi canali di comunicazione.

Azioni	Responsabilità	Indicatori	Stato di avanzamento	Riferimenti interni
Carta dei servizi e gestione esposti	URP	Aggiornamento costante	Aggiornata febbraio 2019	
Corso di autoapprendimento	FORMAZIONE	Feedback partecipanti		Sintesi dei lavori
Promozione del volontariato e Consulta sanitaria	DSA	Riunioni regolari	In via di istituzione	
Iniziative per l'Umanizzazione	DAI	Emanazione. Attuazione	In corso di deliberazione	Documento UxU
Sito Internet	UFFICIO COMUNICAZIONE	Grado di aggiornamento. Facilità d'uso	Aggiornato febbraio 2019	

8. INDICAZIONI PER I PIANI DEI DIPARTIMENTI IN MATERIA DI QUALITA' E GOVERNO CLINICO

Ai Direttori di Dipartimento e di UOC sono assegnati obiettivi di qualità sia nei contratti individuali sia nelle schede del budget annuale della rispettiva struttura. Essi partecipano attivamente alle attività di miglioramento generale che l'Azienda persegue.

Oltre a ciò, azioni prioritarie e specificamente di pertinenza per il governo clinico sono:

Azioni	Responsabilità	Indicatori	Stato di avanzamento	Riferimenti interni
Scheda qualità per i principali prodotti (interventi chirurgici, ricoveri, prestazioni)	Direttore di dipartimento	Disponibilità della scheda con indicatori clinici di qualità da perseguire e misurare	Da progettare	
Monitoraggio Indicatori di Esito (da Prevalere)	Fonte: SIS	Conformità ai valori soglia Azioni correttive	Alcuni indicatori sono sopra soglia	Budget, obiettivi qualitativi

9. FORMAZIONE ALLA QUALITA'

Iniziative già svolte nel PFA in attuazione di questo programma ed altre sono da programmare.

10. COMUNICAZIONE DEL PROGRAMMA QUALITA'

Diffusione, corsi, newsletter, ecc.

11. RESPONSABILITA'

Direzione

Ufficio Qualità

Dipartimenti

Operatori

12. CONTROLLI, VERIFICHE, MONITORAGGIO

Audit di sistema

Verifiche ad hoc

Report annuale a cura dell'Ufficio qualità

DELIBERAZIONE N. 512/CS DEL 19 giu. 2019

Si attesta che la deliberazione: è stata
pubblicata sull'Albo Pretorio on-line in data 19 giu. 2019

- è stata inviata al Collegio Sindacale in data: 19 giu. 2019

- data di esecutività: 19 giu. 2019

Deliberazione originale
Composta di n. 13 fogli
Esecutiva il, 19 giu. 2019

Il Direttore UOC Affari Generali
e gestione amministrativa ALPI
(Dr.ssa Angela Antonietta Giuzio)

F.to