

REGIONE SICILIA
Azienda Ospedaliera
di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
"GARIBALDI"
Catania

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N° 181 del 09 FEB. 2023

OGGETTO: Approvazione PIANO QUALITA' ARNAS GARIBALDI

Proposta n. del

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

L'istruttore

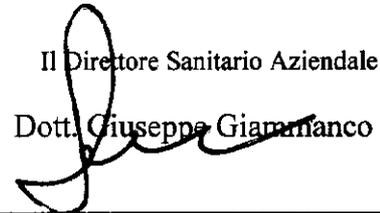


Il Responsabile del Procedimento



Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott. Giuseppe Giannanco



Registrazione Contabile

Budget Anno Conto Importo Aut.

Budget Anno Conto Importo Aut.

NULLA OSTA, in quanto conforme alle norme di contabilità

Il Dirigente Responsabile
Settore Economico Finanziario e Patrimoniale
(dott. Giovanni Luca Roccella)

Nei locali della sede legale dell'Azienda, Piazza S. Maria di Gesù n. 5, Catania,
il Commissario Straordinario, dott. Fabrizio De Nicola,
nominato con D.A. n. 53 del 29.12.2022, (rettificato con D.A. 1/2023) con l'assistenza del
Segretario, Dott.ssa Maria Antonietta ha adottato la seguente deliberazione

Il Direttore Sanitario Aziendale

VISTO il d.Lgvo 30 Dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni operate dai Decreti Legislativi 07.12.1993, n. 517 e e 19.06.1999, n. 229;

VISTO il D.Lgvo 21 Dicembre 1999 n. 517;

VISTO il D.L. n.163 del 12 maggio 1995 convertito nella Legge n. 273 dell'11 luglio (Carta dei Servizi);

VISTO il Decreto Assessoriale 890 del 17/06/2002 – Accreditemento istituzionale- e successive modifiche

VISTA la Legge Regionale 5/2009 “Rifunzionalizzazione della rete ospedaliera della Regione Sicilia”

TENUTO CONTO delle Raccomandazioni Ministero della Salute “Qualità e sicurezza delle cure :Raccomandazioni agli operatori” e successive Linee di indirizzo Regione Sicilia;

VISTO il D.Lgs 81/08 “Attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n .123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”;

VISTA la Legge 8 marzo 2017 n.2 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;

VISTA la Legge 22 Dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento;

VISTA la Legge 24/2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita”;

TENUTO CONTO dei Programmi regionali del Rischio Clinico;

VISTO il Decreto 20/01/2020 – PNRR:

RITENUTO, per le considerazioni di cui sopra, di dover procedere all’adozione del Piano “QUALITA’”, allegato al presente atto per farne parte integrante.

Attestata la legittimità formale e sostanziale dell’odierna proposta e la sua conformità alla normativa disciplinante la materia trattata, ivi compreso il rispetto della disciplina di cui alla L. 190/2012

Propone

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

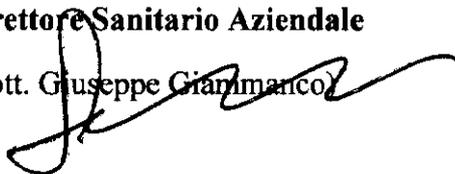
Procedere all’adozione della Piano “QUALITA’”, allegato al presente atto per farne parte integrante.

Disporre la notifica del presente provvedimento alle Direzioni Mediche dei PP.OO. aziendali e a tutte le UU.OO. sanitarie del presidio Garibaldi Centro.

Stante l'urgenza di procedere, munire il presente atto della clausola di Immediata Esecuzione.

Il Direttore Sanitario Aziendale

(Dott. Giuseppe Giammanco)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Preso atto della proposta di deliberazione, che qui si intende riportata e trascritta, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Preso atto della attestazione di legittimità e di conformità alla normativa disciplinante la materia espressa dal Direttore Sanitario Aziendale che propone la presente deliberazione;

Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo

DELIBERA

Procedere all'adozione del Piano "QUALITA'", allegato al presente atto per farne parte integrante.

Disporre la notifica del presente provvedimento alle Direzioni Mediche dei PP.OO. aziendali e a tutte le UU.OO. sanitarie del presidio Garibaldi centro.

Stante l'urgenza di procedere, munire il presente atto della clausola di Immediata Esecuzione.

Il Direttore Amministrativo
(dott. Giovanni Annino)

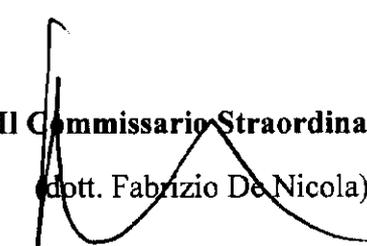


Il Direttore Sanitario
(dr. Giuseppe Giammanco)



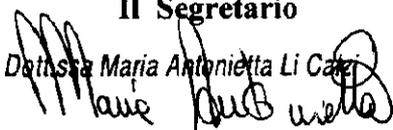
Il Commissario Straordinario

(dott. Fabrizio De Nicola)



Il Segretario

Dott.ssa Maria Antonietta Li Caci



_____ copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda il giorno _____ e ritirata il giorno _____

L'addetto alla pubblicazione

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda dal _____ al _____ - ai sensi dell'art.65l.r. n.25/93, così come sostituito dall'art.53 l.r. n.30/93-e contro la stessa non è stata prodotta opposizione.

Catania _____

Il Direttore Amministrativo

Inviata all'Assessorato Regionale della Salute il _____ Prot. n. _____

Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. n. _____

La presente deliberazione è esecutiva:

- immediatamente
- perché sono decorsi 10 giorni dalla data di pubblicazione
- a seguito del controllo preventivo effettuato dall'Assessorato Regionale per la Sanità:
 - a. nota di approvazione prot. n. _____ del _____
 - b. per decorrenza del termine

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.

Rev.	Data	Causale	Redatto	Verifica	Approvazione
0	9-02-23	emissione	Referente Aziendale per la Qualità Dott. W. Cavallaro	U.O.C. Coordinamento dello Staff Dott.ssa A. Cuspilici	Direttore Sanitario Aziendale

“PROMUOVERE LA SICUREZZA DELLE CURE PER UN’ASSISTENZA APPROPRIATA, BASATA SUI BISOGNI DELLE PERSONE ASSISTITE, FONDATA SULLE MIGLIORI EVIDENZE SCIENTIFICHE, TRASPARENTE, SICURA SIA PER LE PERSONE ASSISTITE CHE PER I PROFESSIONISTI E GLI OPERATORI; CON LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEI CITTADINI, DEI LORO CARE-GIVER, DELLE ASSOCIAZIONI DEGLI ASSISTITI E SULLA BASE DI QUANTO INDICATO DA STATO, REGIONE E AZIENDA”

Scopo

La recente rifunzionalizzazione della rete ospedaliera in Sicilia (Legge 5 /2009) legata alla attuazione del Piano di Rientro sottoscritto il 31 luglio 2007 dai Ministri dell’Economia e della Salute e dal Presidente della Regione Siciliana sta producendo un profondo cambiamento nella fisionomia del SSR per il perseguimento di un miglioramento continuo di prodotti e servizi erogati mettendo al centro la soddisfazione del paziente /utente.

L’Arnas Garibaldi si è mossa in piena sintonia con i principi sopra enunciati perseguendo il Miglioramento Continuo della Qualità, l’Accreditamento ed il Governo Clinico nella convinzione che l’attuazione del circolo virtuoso: “Dichiaro, Faccio, Verifico, Documento” debba divenire l’elemento fondante per qualsiasi performance aziendale.

La Revisione del Piano Strategico per la qualità, per il triennio 2023-2025, rafforza e ribadisce i principi che stanno muovendo la riorganizzazione in atto ridefinendo le mete ed il cammino che la nostra organizzazione intende perseguire nel medio periodo indicato.

Il Piano strategico per la qualità delinea gli obiettivi di qualità che l’Azienda si propone di raggiungere attraverso azioni, idee, soluzioni e strategie quotidiane a loro volta generate da un sentimento di appartenenza e di forte motivazione degli operatori alimentato dal Management che sente forte la spinta innovatrice.

Il Piano puntualizza le tappe principali che l’organizzazione vuole percorrere per orientarsi verso la qualità analizzando e dichiarando la propria Mission e la propria Politica della Qualità. Vengono individuati due punti cardine nello sviluppo della Politica della qualità: Centralità del Paziente, come condizione per rendere la qualità tangibile e misurabile e avvicinarla ai bisogni ed alle aspettative del cittadino-utente e il “come” si arriva a quel dato prodotto; sottolineando la necessità di standardizzare, di formalizzare e di documentare ciò che si fa e come lo si fa attraverso Profili di Assistenza, Procedure e linee guida.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.

Questi strumenti tendono a ridurre errori, a garantire riproducibilità nei cicli produttivi più delicati e a dare al cittadino, in modo documentabile, garanzie di qualità ed affidabilità dei prodotti e dei processi produttivi. Tutto ciò è fondamentale non solo per affrontare adeguatamente la complessità della produzione sanitaria, ma anche per affermare e promuovere le logiche del risk management che rappresentano ormai l'obiettivo imprescindibile per il mondo sanitario.

Questi due punti cardine, i prodotti e la standardizzazione, nel pieno rispetto del principio di autonomia-responsabilità che caratterizza il mondo sanitario, stanno alla base della verificabilità dell'azione e dei risultati dell'azione stessa ("Accountability"), che deve essere vista in un'ottica non di mero controllo, ma di promozione del miglioramento continuo. E' verso questi scenari che nei prossimi anni sarà impegnata l'organizzazione, in primis la Direzione strategica ed il Management tutto, così come lo Staff, i "Facilitatori" del Piano Qualità e tutti gli operatori che rivestono un ruolo centrale in questo cammino di profonda innovazione culturale e organizzativa.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.

Normative e Direttive Nazionali e Regionali su Qualità e Accreditamento:

Costituiscono riferimento per il Sistema di Gestione per la Qualità descritto nel presente Manuale le seguenti norme:

- Dlgs 502/92
- Dlgs 517/93
- Dlgs 229/99
- D.L. n.163 del 12 maggio 1995 convertito nella Legge n.273 dell'11 luglio (Carta dei Servizi)
- Decreto Assessoriale 890 del 17/06/2002 (Accreditamento Istituzionale) e successive.
- Legge regionale 5/2009 “Rifunzionalizzazione della rete ospedaliera della Regione Sicilia”
- Raccomandazioni Ministero della Salute “Qualità e sicurezza delle cure: Raccomandazioni agli operatori”
- D. Lgs. 81/08 “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”
- Legge 8 marzo 2017, n. 2 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”
- Legge 24/2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita”
- Decreto 20/01/2020 - PNRR
- Piano Sanitario Regionale 2011/2013 “Piano della salute”

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.

Presentazione e organizzazione dell'Azienda

L'ARNAS Garibaldi di Catania, Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione, così individuata per la presenza di tre discipline altamente specialistiche e precisamente: Neurochirurgia e Neurologia con Stroke-unit, Pneumo-oncologia e Radioterapia – oncologica, è stata costituita con Legge Regionale 34 dell'11/04/1995 ed attivata a far data dal 10 luglio 1995.

Svolge le proprie attività all'interno della rete del SSR siciliano e si caratterizza in linee di attività che comprendono Discipline di Base e di Media assistenza, le Alte specialità ed i servizi intermedi di diagnosi e cura, nella concretezza delle attività assistenziali organizzate in due Presidi Ospedalieri.

Presidio Ospedaliero "Garibaldi Centro"



Situato nel cuore della città, nel corso degli anni il Presidio Ospedaliero "Garibaldi Centro", ha consolidato la propria area di emergenza al fine di far fronte alle esigenze dell'utenza del centro storico cittadino, divenendo l'unico Presidio Ospedaliero dotato di Area Emergenziale, dopo la chiusura/trasferimento del Pronto Soccorso del P.O. "Vittorio Emanuele" dell'A.U.O. Policlinico.

La vocazione attuale, infatti, è quella dell'emergenza-urgenza, il Presidio Ospedaliero Garibaldi-Centro è sede del Nuovo Pronto Soccorso Generale all'interno del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA di II livello), è inoltre sede del Dipartimento delle Scienze Radiologiche con Servizio di Radiologia Interventistica, l'UOC di Patologia Clinica, delle relative strutture a specialità mediche e chirurgiche ed i servizi di supporto quali, tra le altre, i reparti di Cardiologia, Anestesia e Rianimazione e Medicina Trasmfusionale.



	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.

Presso il Presidio Garibaldi Centro sono attualmente presenti le seguenti unità Operative di assistenza e cura:

- U.O.C. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza (MCAU) con:
 - Pronto Soccorso
 - Osservazione Breve Intensiva (OBI)
 - Pronto Soccorso Infettivologico
 - Blocco operatorio delle emergenze
- U.O.C. di Anestesia e Rianimazione;
- U.O.C. di Cardiologia con UTIC e Riabilitazione Cardiologica;
- U.O.C. di Neurologia con Stroke-unit;
- U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia (dotata di due sale operatorie);
- U.O.C. di Neurochirurgia (dotata di due sale operatorie);
- U.O.C. di Medicina TrASFusionale;
- U.O.S.D. di Reumatologia;
- U.O.S.D. di Dermatologia;
- U.O.S.D. di Medicina in Area Critica;
- U.O.S. di Medicina Semintensiva (attualmente degenza per pazienti Covid in condivisione con l'U.O.C di Pneumologia);
- U.O.S.D. di Talassemia.

All'interno del P.O. Garibaldi-Centro trovano altresì allocazione: la Direzione Generale e i relativi staff dirigenziali, la Direzione Sanitaria Aziendale con il Dipartimento dei Servizi, gli Uffici Amministrativi e Tecnici.

In ultimo, al PO Garibaldi Centro è anche presente una unità di Psichiatria afferente al DSM dell'ASP di Catania.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.

Presidio Ospedaliero "Garibaldi Nesima"

Inaugurato nel gennaio 2004, il Presidio Ospedaliero Garibaldi-Nesima nasce come punto di riferimento per l'alta specializzazione, tanto da convogliare strutture e risorse specifiche votate all'eccellenza medica.

In particolare, il P.O. si distingue per la presenza del Dipartimento Materno-Infantile, capace di offrire percorsi sanitari completi grazie alla presenza del Pronto Soccorso Ostetrico e del Pronto Soccorso Pediatrico e di sale operatore all'avanguardia, al fine di venire incontro alle necessità della madre e del nascituro durante le diverse fasi della gestazione.



Sede del Dipartimento Oncologico di III livello, le cui prestazioni sanitarie erogate dalle strutture afferenti, si caratterizzano per multidisciplinarietà, complessità e peculiarità oncologica, con collaborazioni nel campo della ricerca e della formazione

Sono presenti, inoltre, ulteriori discipline mediche e chirurgiche di media ed elevata specialità, compreso il Centro di Riferimento Nazionale per la Tiroide, che afferiscono ai seguenti Dipartimenti:

- Dipartimento delle Chirurgie
- Dipartimento delle Medicine
- Dipartimento Testa-Collo (di neo costituzione).

AL P.O. Nesima sono garantite le seguenti attività:

Anestesia e Rianimazione	Neonatologia (UTIN)	Rianimazione Pediatrica
Pronto Soccorso pediatrico	Chirurgia Pediatrica	Hospice pediatrico
Pediatria/NIDO	Pronto soccorso ostetrico	Ostetricia e Ginecologia
Chirurgia generale	Chirurgia toracica	Chirurgia oncologica
Chirurgia vascolare	Blocco operatorio	Breast unit
Ortopedia	Otorino	Oculistica
Urologia	Endocrinologia	Epatologia
Nefrologia/Dialisi	Oncologia medica	Oncoematologia
Cardiologia	Medicina Interna	Pneumologia (UTIR)
Geriatra	Malattie Infettive	Hospice

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.
---	--------------------------	---	-------	------

Il Piano strategico per la Qualità 2022-2024

All'ARNAS Garibaldi vengono assegnati ruoli e funzioni coerenti con il livello di specializzazione raggiunto e competenze maturate dai suoi professionisti.

Il piano strategico di qualità aziendale rappresenta un elemento fondamentale per garantire una crescita delle cure prestate secondo le condizioni del servizio sanitario regionale, garantendo la condivisione delle competenze professionali dei dipendenti con uno scambio continuo delle esperienze e conoscenze per migliorare l'assistenza.

In azienda, con la legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", dell'1 Aprile 2017 ed ha come tema centrale la responsabilità medica.

Pertanto si pone l'esigenza di individuare delle fonti in letteratura che permettono un continuo aggiornamento delle procedure aziendali secondo le ultime linee guida internazionali.

Avere diversi strumenti che permettano un monitoraggio sulla sicurezza delle cure del paziente e la capacità di identificare danni o eventi avversi possibili con cause e fattori contribuenti, permette di conoscere il livello di sicurezza aziendale.

La definizione di "assistenza socio sanitaria" deriva dall'articolo 3 septies del D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 229/99 e successivi, e si riferisce ad un "insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Sintesi excursus normativo

1. Decreto legislativo 229/99 (modifiche ed integrazioni del D.lgs. 502/92);
2. Atto di indirizzo e coordinamento approvato con DPCM 14 febbraio 2001;
3. DPCM 29 novembre 2001 all'allegato 1 c): LEA socio sanitari
4. DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamenti dei Livelli Essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502.

Le aree di applicazione, come definite dall'art. 3 septies, comma 4, del D.Lgs. 502/92 come modificato dal D.Lgs. 229/99 e successivi e dal DPCM 2001 (Allegato 1C) e successivi sono:

- disabilità
- anziani/non autosufficienti;
- patologie cronico-degenerative;
- patologie psichiatriche;

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.

- dipendenze da sostanze e non

L'impegno prioritario che l'azienda intende perseguire è quello di implementare un Sistema Aziendale per la Qualità Totale. Infatti è necessario che tutti gli operatori si attivino e vengano coinvolti nel processo di miglioramento continuo della qualità, elaborando una strategia globale di top management che abbia il compito di organizzare e coordinare le attività di miglioramento della qualità in azienda. I progetti che verranno condotti nel triennio 2022-2024 prevedono il proseguimento di iniziative intraprese e che hanno avuto modo di consolidarsi negli anni precedenti.

L'Azienda ospedaliera Garibaldi di Catania ha come punto di riferimento la prevenzione, diagnosi, cura ed assistenza ospedaliera.

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

La Direzione identifica nella sua politica della qualità quattro **aree di azione prioritarie**:

1. Organizzazione

- Avere una trasparenza diffusa degli atti
- Ridurre i costi della non qualità`
- Migliorare la 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

2. Rapporto con il cliente /utente interno ed esterno

- Sostenere l'umanizzazione ad ogni livello mirando ad abbattere le differenze fra la qualità della vita esterna e quella interna all'organizzazione.
- Orientare i comportamenti degli operatori all'attenzione continua alla persona.
- Garantire la soddisfazione dei bisogni dell'utente/cliente sia interno che esterno.
- Mantenere un dialogo costante con l'utente e le associazioni che lo rappresentano

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.

3. Attività

- Avere sotto controllo e migliorare in modo continuo e progressivo tutti i processi
- Definire standard professionali di elevato valore tecnico
- 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 gli utenti ed operatori.
- Stabilire un sistema di misurazione continua della qualità` a livello di processo, struttura, esito, soddisfazione dell'utenza, costi.
- Promuovere una pratica medica basata su criteri di efficacia ed appropriatezza.

4. 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.

Il Piano Qualità è lo strumento attraverso il quale l'Alta Direzione esplicita le modalità per il perseguimento del miglioramento dell'Organizzazione, della pratica professionale e della qualità percepita dai clienti esterni (i cittadini utenti) e interni (gli operatori), realizzando la propria politica della qualità ed attraverso l'*analisi* del contesto e delle criticità si propone l'attuazione di metodi e logiche di intervento per la valutazione, la verifica ed il miglioramento della qualità.

Nel Piano per la qualità sono enunciate:

- ◆ Le fonti normative ed ispiratrici
- ◆ Il proprio contesto di riferimento
- ◆ I principi ispiratori e la metodologia adottata dall'Azienda per promuovere il miglioramento della qualità
- ◆ Gli obiettivi aziendali per la qualità
- ◆ I programmi e i progetti per la qualità
- ◆ La struttura organizzativa di supporto alla qualità

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.
---	--------------------------	---	-------	------

Contesto di riferimento

Atto Aziendale

Art. 4 La missione istituzionale (*mission*)

1 L'ARNAS "Garibaldi" è una azienda sanitaria pubblica, senza finalità di lucro e ad alta specializzazione, deputata ad assicurare l'accoglienza, il conforto umano ed il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono per i trattamenti in emergenza\urgenzae in quanto portatrici di bisogni di salute in fase acuta nonché di patologie ad alta complessità o croniche o inguaribili. Centralità nella missione istituzionale dell'ARNAS riveste il ruolo, attribuito dalla programmazione sanitaria regionale, di riferimento di massimo livello nel campo dell'oncologia.

2 Per le finalità di cui al comma 1, l'ARNAS utilizza un approccio multidisciplinare definendo ed applicando modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, contribuendo a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e favorendo il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali e della loro diffusione, anche attraverso attività formative.

L' ARNAS ha anche la funzione di erogare i servizi di acuzie di base necessari al proprio bacino di utenza.

3 Le attività dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico scientifiche e delle più avanzate tecnologie a disposizione nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

4 La risposta alla domanda di salute è fornita attraverso la partecipazione al raggiungimento dei livelli di assistenza previsti dalla pianificazione nazionale e regionale.

5 Rientrano, inoltre, nell'ambito dei compiti dell'ARNAS, in accordo con l'Azienda Sanitaria provinciale, la garanzia della continuità delle cure ai pazienti al fine di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

6 Il perseguimento degli obiettivi, derivanti dalla missione aziendale, è assicurato mediante l'attuazione di principi, logiche e strumenti di governo clinico ed economico quale declinazione dei principi di autonomia e responsabilità impliciti nel processo di aziendalizzazione

Art. 5 La visione aziendale. (*vision*)

1. L'Azienda adotta come metodo fondamentale di gestione la programmazione definita sulla base degli indirizzi programmatici della Regione e basata sulle risorse negoziate. Tali indirizzi vanno a costituire il quadro di riferimento entro il quale deve essere elaborata la programmazione aziendale.

2. Gli impegni che l'Azienda assume in sede di programmazione si fondano sulle seguenti

 <p>ARNAS GARIBALDI CATANIA</p>	<p>Qualità Aziendale</p>	<p>PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025</p>	<p>REV.0</p>	<p>Pag.</p>
--	-------------------------------------	---	--------------	-------------

macro aree, che costituiscono i capi saldi della pianificazione strategica:

a) Integrazione Ospedale-territorio

L' Azienda realizza il principio dell'inscindibilità delle funzioni di assistenza attraverso un rapporto di cooperazione e collaborazione con le aziende ospedaliere e con le ASP del bacino della Sicilia orientale.

Promuove un contesto favorevole allo sviluppo di un ruolo di leadership per l'innovazione nell'assistenza ospedaliera soprattutto con l'erogazione di prestazioni per patologie acute e i relativi servizi. definisce un assetto di regole e trasparenza al fine di far percepire l'Azienda come un bene dei cittadini con accoglienza, ospitalità, cura e riabilitazione.

b) Il sistema del governo aziendale.

L'ARNAS Garibaldi attua strategie mirate all'appropriatezza dei ricoveri sia per gli aspetti organizzativi che per gli aspetti clinici, promuovendo l'innovazione assistenziale.

A tal fine: adegua l'organizzazione aziendale ai contenuti della L.R. 5/2009 ;

La Direzione Aziendale considera la formazione come uno degli elementi cardine su cui si basa il miglioramento continuo.

Attraverso l'U.O. Formazione e Aggiornamento professionale promuove la formazione continua, con particolare attenzione alle tematiche della qualità, prestando particolare attenzione ai seguenti aspetti:

1. integrare gli obiettivi e i contenuti dell'offerta formativa sulla qualità con quelli che emergono
2. rendere coerente l'offerta formativa con il profilo della risorsa che ricopre una specifica posizione all'interno dell'organizzazione.
3. promuove e diffonde la formazione in struttura rispondendo ai fabbisogni professionali e culturali di tutte le professionalità attive sul campo con lo scopo di ottenere il massimo coinvolgimento degli operatori.

L'Azienda, in ottemperanza alle norme vigenti, favorisce l'esercizio della libera professione intramuraria.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.

c) Il ruolo aziendale nel contesto locale e nazionale:

L'Azienda promuove il potenziamento e lo sviluppo delle aree di eccellenza clinica.

A tal fine:

- adegua l'offerta assistenziale della struttura alla programmazione sanitaria regionale, evitando duplicazioni di strutture;
- sviluppa percorsi assistenziali interni all'azienda e fra ospedale e territorio;
- promuove le aree di eccellenza clinica rivolte anche all'utenza extra bacino;
- promuove l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa secondo linee guida;

d) L'ammodernamento delle strutture edilizie, degli impianti e delle tecnologie:

Il Piano di ammodernamento strutturale deve consentire all'ARNAS di attuare trasformazioni in modo controllato, avendo cura di adattarsi ai cambiamenti delle scienze mediche, delle tecnologie correlate, e migliorare l'integrazione tra l'area ospedaliera e il tessuto urbano della città.

Dal 2020 l'azienda si è adoperata ad attuare dei cambiamenti innovativi per fronteggiare la pandemia in corso, con la creazione di nuovi percorsi, riqualifica dei reparti, formazione del personale a prevenire il rischio infettivo, l'ultimazione dei lavori per il nuovo pronto soccorso al Garibaldi Centro.

L'obiettivo finale prefigurato è quello di un modello organizzativo dell'azienda, che assicuri tutte le funzioni previste dalla *mission* e garantisca un migliore ed efficiente utilizzo delle risorse.

Il Piano di ammodernamento delle tecnologie persegue le seguenti priorità:

- acquisizione delle attrezzature per la messa in funzione di nuove aree;
- diffusione delle alte tecnologie nelle diverse aree specialistiche;

I processi di introduzione e gestione delle nuove tecnologie ed il conseguente coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori, sono garantiti attraverso il coordinamento del Governo Clinico.

e) L'equilibrio di bilancio

L'Azienda definisce azioni di intervento orientate a creare le condizioni strutturali per un equilibrio economico-finanziario di lungo termine. A tal fine vengono previste delle azioni finalizzate alla ricerca di maggior appropriatezza d'uso delle prestazioni ed efficacia delle cure nell'ambito dei programmi di governo clinico.

Le risorse incrementate dall'efficienza e dalla produttività dei mezzi, verranno utilizzate sia per un rientro graduale di possibili deficit aziendali, a seconda della negoziazione con la Regione, e sia per lo sviluppo e il mantenimento di servizi di eccellenza dell'ARNAS, così come richiesto dalla programmazione locale e regionale.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.
---	--------------------------	---	-------	------

L'ARNAS, infine, informa la propria gestione, sulla base della pianificazione strategica, ai principi della programmazione e del controllo, individuando nel sistema di budget lo strumento fondamentale.

A tal fine l'Azienda utilizza (ai sensi dell'art. 3 comma 1 ter del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni), la propria capacità generale di diritto privato, fatti salvi i casi in cui la legge espressamente le attribuisce poteri pubblicistici, come tali da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo, secondo i dettami della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 61 La gestione della qualità

1. Al fine di adottare ed implementare le logiche e gli strumenti della "Qualità totale", come previsti dalla normativa nazionale e regionale, l'Azienda si avvale della struttura di cui all'art. 44 del presente atto aziendale. Tale struttura anche sulla scorta delle indicazioni fornite dal Collegio di direzione, predispose il piano per la realizzazione del "Sistema qualità aziendale", che viene adottato dal Direttore generale.

2. Il piano per la realizzazione del "Sistema Qualità aziendale" è finalizzato a consentire l'adozione e l'implementazione degli strumenti della "Qualità Totale", mediante l'individuazione di un insieme di azioni strategiche indirizzate al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- promuovere lo sviluppo in un contesto che coinvolge tutti gli operatori attraverso un intervento organico di formazione, sensibilizzazione e responsabilizzazione, che consenta la partecipazione a programmi di miglioramento continuo di detta qualità;
- definire gli indicatori e gli standard da utilizzare nelle attività di valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati dall'Azienda;
- promuovere, supportare e verificare programmi di miglioramento continuo;
- eseguire una revisione periodica delle linee guida;
- favorire la predisposizione, l'utilizzazione e la revisione periodica di regolamenti interni e di raccolte di procedure operative per lo svolgimento delle principali attività assistenziali, tecniche ed amministrative;
- promuovere l'uso di programmi di verifica sull'appropriatezza dell'uso delle risorse in riferimento ai ricoveri e l'uso di tecnologie messe a disposizione;
- monitorare il livello di soddisfazione degli utenti per l'attivazione di programmi di miglioramento;
- attivare forme concrete di partecipazione delle organizzazioni di rappresentanza dei cittadini\utenti alle attività di miglioramento della qualità;

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.

- correlare i sistemi premianti previsti dagli accordi contrattuali alle attività di miglioramento della qualità.

3. La struttura di cui al comma 1 presidia e coordina lo svolgimento dell'insieme di azioni strategiche previste dal piano. Il dirigente che coordina i lavori della suddetta struttura relaziona periodicamente al Collegio di direzione ed al Direttore generale sui risultati delle attività svolte in coerenza con le predette azioni strategiche.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.

Politiche e strategie

Nel perseguire la propria politica della qualità, l'Azienda si ispira ad un serie di principi:

- a) Eguaglianza dei diritti dell'utente ed equità dell'azione;
- b) Imparzialità nei confronti degli utenti;
- c) Trasparenza nei processi decisionali;
- d) Continuità nell'erogazione del servizio;
- e) Garanzia del diritto di scelta del cittadino tra i soggetti che erogano il servizio;
- f) Partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio;
- g) Azione efficace ed appropriata;
- h) Affidabilità;
- i) Sicurezza dei prodotti, processi ed ambienti di lavoro;
- l) Innovazione.

Tali principi, che sono alla base della mission e delle vision aziendali, costituiscono il quadro di riferimento per la costruzione del Piano Triennale della Qualità, che si ispira altresì ai seguenti principi fondanti:

- ◆ Centralità del paziente
- ◆ Soddisfazione degli utenti
- ◆ Integrazione dei livelli assistenziali
- ◆ Processo sistemico
- ◆ Coinvolgimento ampio e diffuso degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali
- ◆ Responsabilità
- ◆ Efficacia e razionalità nell'impiego delle risorse come condizione per garantire lo sviluppo dei servizi
- ◆ Promozione della fiducia nelle strategie aziendali di sviluppo dell'organizzazione.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.
---	--------------------------	---	-------	------

La politica aziendale è orientata alla diffusione della cultura della qualità ed alla responsabilizzazione degli operatori, primi fra tutti i dirigenti, con il coinvolgimento progressivo di tutti gli operatori sanitari dei settori aziendali.

Il Piano Aziendale Qualità indirizza ogni dirigente ad:

- analizzare il proprio contesto organizzativo ed individuarne limiti e le potenzialità;
- tradurre gli obiettivi generali indicati dal Piano in obiettivi specifici;
- costruire, secondo le indicazioni del Piano Strategico di Qualità, un quadro organizzativo ed operativo, adatto a rendere raggiungibili gli obiettivi specifici programmati nel proprio contesto lavorativo;
- condurre il monitoraggio, le verifiche e la valutazione finale del grado di obiettivi raggiunti.

In tale ambito, è opportuno promuovere le seguenti azioni:

- Il ricorso appropriato ed efficiente alle tecnologie sanitarie e alle risorse umane aziendali;
- la riconversione dei ricoveri in regime ordinario a favore di attività in DH o Day Surgery;
- il potenziamento delle aree di emergenza sanitaria e di alta specializzazione;
- la responsabilizzazione budgetaria di ciascuna articolazione organizzativa.

Promuovere, incrementare e monitorare l'appropriatezza dei ricoveri, mediante:

- l'applicazione del sistema RS-PVA (Regione Siciliana-Protocollo Valutazione dell'Appropriatezza) e della normativa sui 43 DRG LEA ad alto rischio di in appropriatezza;
- lo sviluppo di aree per la gestione della degenza breve: DH, Day Surgery, degenza breve e ambulatoriale (Day Service);
- la progressiva riduzione dei ricoveri impropri;
- lo sviluppo del sistema informativo.

Inoltre promuovere ed incrementare i servizi aziendali, mediante: il miglioramento dei percorsi diagnostici e terapeutici (utilizzo Linee Guida, protocolli, ecc), la riduzione dei tempi di attesa medi per pazienti programmati, l'incremento della quota di utenti provenienti da altre province (indice di attrazione), il migliore utilizzo delle strutture di assistenza mirando ad un indice di occupazione media dei posti letto > 75% la riduzione della degenza media

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.

Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri, attraverso l'applicazione del sistema di monitoraggio.

La partecipazione al programma regionale RSPVA (Regione Siciliana protocollo Valutazione dell'Appropriatezza) permette l'analisi dei ricoveri inappropriati, attraverso l'utilizzo del software regionale. Tale sistema trae origine dal PRUO (Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale) permette la valutazione dell'appropriatezza dell'uso delle risorse per ogni ricovero effettuato e fornisce indicazioni utili per lo sviluppo di strategie tendenti alla riduzione dei ricoveri inappropriati. Tale tipologia di studio mira a produrre maggiore consapevolezza e responsabilizzazione nei dirigenti delle strutture che di volta in volta vengono verificate ciò al fine di innescare il meccanismo virtuoso di una maggiore razionalizzazione dell'offerta per la produzione di prestazioni più appropriate ed a costi contenuti

Analisi dei LEA

È ormai assodato che non è necessariamente vero l'assioma "più prestazioni - più salute". Molti studi in Italia e all'estero hanno dimostrato che la percentuale di prestazioni cui non corrispondono provati risultati di salute è oggi elevata. È per questo motivo che l'Azienda Garibaldi vuole impostare il Programma di Miglioramento dell'appropriatezza delle cure.

Protocolli diagnostico terapeutici e Linee guida secondo i criteri della medicina basata sulle evidenze.

Oltre alle linee guida mediche che fanno parte di progetti nazionali coordinati dal Ministero della Salute, sono avviati progetti per la predisposizione delle linee guida relative alle prestazioni con maggiori tempi di attesa, con maggiore frequenza di complicanze, con maggiore disomogeneità di procedure affidandone la regia ai vari comitati (rischio clinico per la eventuale messa in evidenza di eventi sentinella, buon uso del sangue, CTO, CIO, Comitato etico, ecc.).

Lo sviluppo delle Linee guida dovrà avvenire secondo i seguenti criteri generali:

- A) integrazione e non sovrapposizione con le iniziative nazionali;
- B) riferimento rigoroso ai criteri della medicina basata sulle evidenze;
- C) sinergia con iniziative locali con altre iniziative regionali;
- D) integrazione con i sistemi di incentivazione del personale dipendente e convenzionato;
- E) l'avvio, il completamento e la definizione, in conformità alle disposizioni regionali, di

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.

almeno cinque linee guida per dipartimento i cui criteri di scelta siano stati validati dal responsabile qualità.

Area tematica: Gestione liste d'attesa

L'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia ha avviato sin dal 2002 numerose iniziative per la gestione delle liste d'attesa, sia con l'adozione di provvedimenti specifici volti alla regolamentazione della materia che all'individuazione di obiettivi di sistema per il contenimento di prestazioni "sentinella" da misurare all'interno degli obiettivi annuali dei Direttori Generali. In ottemperanza agli obiettivi assessoriali 2010-2011, la Direzione Strategica dell'ARNAS Garibaldi di Catania ha avviato un percorso organizzativo delineato nella delibera n. 621 del 28.12.2009 contenente il "Piano di riordino e di rifunzionalizzazione della specialistica e della diagnostica ambulatoriale finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa", nel quale venivano tracciate le azioni e gli interventi volti al raggiungimento degli obiettivi fissati.

Nel succitato Piano sono indicate le azioni ritenute fondamentali a garantire il carattere di equità dei trattamenti, il rispetto dei criteri di trasparenza, di facilità di accesso alle prestazioni e di monitoraggio continuo dei tempi di attesa.

In particolare le azioni contenute nel Piano oggetto della verifica in atto interessano:

- il monitoraggio delle 20 prestazioni "sentinella";
- l'attivazione di agende informatizzate per la gestione di prenotazione di prestazioni ambulatoriali;
- l'attivazione di agende informatizzate per la gestione dei ricoveri programmati;
- l'attivazione del flusso per la registrazione delle temporanee sospensioni delle attività;
- l'attivazione delle procedure di monitoraggio delle liste d'attesa;
- la proposta di un sistema di conferma delle prenotazioni;
- l'identificazione dei tempi massimi di refertazione;
- l'implementazione delle attività di informazione e comunicazione con l'utenza anche tramite pubblicazione sul web dei tempi d'attesa delle prestazioni;
- l'attivazione del CUP provinciale;
- l'adozione di un Protocollo d'Intesa con l'ASP di Catania per lo screening mammografico.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.
---	--------------------------	--	-------	------

Individuazione di specifiche aree critiche di bisogno assistenziale

Monitoraggio delle 20 prestazioni sentinella

In ottemperanza a quanto richiesto con la nota prot.n. Area INT.2/DPS/ n.863 del 19.11.2009 inoltrata dal Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica e delle Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico avente per oggetto "Implementazione del flusso informativo ai sensi del punto 7.2 **Monitoraggio specifico riferito al Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa**, sono state individuate le strutture ambulatoriali eroganti le venti prestazioni oggetto di monitoraggio ai sensi del decreto su indicato e del DA 2 luglio 2008 n. 1544 pubblicato sulla GURS n. 33 del 25 luglio 2008.

Le Unità Operative interessate sono state coinvolte nel processo di raggiungimento degli indicatori previsti e si è provveduto ad inoltrare comunicazione a codesto assessorato con nota prot. n. 909/DSA del 30.11.2009.

Attività per l'istituzione di agende di prenotazione informatiche

Con delibera n. 480 del 9 marzo 2010 sono state adottate n.3 procedure aziendali sull' gestione informatica delle liste d'attesa:

- Gestione e monitoraggio delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali;
- Gestione differenziata delle liste d'attesa dei ricoveri programmati;
- Gestione attività di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

Una iniziale analisi dell'utilizzo degli strumenti informatici aziendali riferito alle operazioni di prenotazioni delle prestazioni aveva evidenziato che, sebbene l'Azienda fosse uniformemente fornita del software idoneo alla costituzione delle agende di prenotazione, persisteva una disomogeneità di utilizzo nei presidi ospedalieri aziendali: nel Presidio del Garibaldi Nesima il 60% delle UU.OO. di diagnosi e cura aveva attivato agende informatiche mentre nel Presidio Garibaldi Centro tutte le UU.OO. adottavano ancora sistemi di prenotazione cartacea.

Pertanto, si è dovuto procedere al completamento e/o alla costituzione delle agende informatiche ove mancanti con l'adozione di criteri omogenei.

Le iniziative che hanno condotto all'attuale sistema di governo delle liste d'attesa aziendali sono state:

- L'aggiornamento e il riordino dei dati inerenti all'offerta delle prestazioni indicate nelle agende cartacee in uso;
- La trascrizione degli stessi sul supporto informatico;
- L'individuazione delle postazioni e degli operatori addetti alla prenotazione e la loro

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.
---	--------------------------	---	-------	------

formazione;

- L'implementazione del sistema di monitoraggio e la vigilanza sul corretto utilizzo dello strumento informatico.

Elementi fondamentali nel processo individuato sono stati la costituzione delle liste d'attesa differenziate in base al criterio di priorità dell'urgenza e chiara individuazione delle prestazioni identificabili come "prima visita" o "primo accertamento diagnostico" che vengono differenziate dalle prestazioni che si riferiscono alla continuità diagnostico-terapeutica.

Quanto sopra in armonia con il principio assunto che "primo accesso è il momento in cui il quesito diagnostico richiesto dal paziente viene affrontato per la prima volta dalle UU.OO. dell'Azienda o, per i pazienti già noti o cronici la riacutizzazione della malattia o una nuova insorgenza che richiede una rivalutazione e/o una revisione sostanziale dell'approccio terapeutico".

Attività per il monitoraggio delle liste d'attesa

Un importante impegno è stato dedicato allo svolgimento delle attività di monitoraggio.

Con deliberazione n. 922 del 5 maggio 2010 avente per oggetto "Istituzione dell'Ufficio generale per la gestione delle liste d'attesa" diretto dal Responsabile dell'URP, è stato creato un gruppo di lavoro che effettua attività di rilevazione con funzione di coordinamento aziendale delle listed'attesa.

Il personale dedicato si è impegnato nella definizione di agende diversificate tra prime visite, controlli ed urgenze e si è dedicato alle attività di back office per la corretta comunicazione all'utenza.

Contestualmente si è reso necessario avviare un'attività di pulizia delle agende in atto esistenti attraverso la verifica telefonica della reale sussistenza in lista della prenotazione.

L'attività di monitoraggio si è articolata con rilevazioni Mensili; Trimestrali; Semestrali inerenti aree specifiche descritte di seguito nel dettaglio:

MONITORAGGIO MENSILE

Il monitoraggio nel corso del I° semestre 2010 ha cadenza mensile per le 20 prestazioni critiche individuate dall'Assessorato alla Salute con nota prot.n. Area INT.2/DPS/n.863 del 19.11.2009

MONITORAGGIO TRIMESTRALE

La rilevazione trimestrale riguarda.

il numero di utenti in lista di attesa per visite specialistiche;

il numero di utenti in lista di attesa per prestazioni radiologiche;tempi di attesa consegna

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.
---	--------------------------	--	-------	------

referti di prestazioni strumentali.

MONITORAGGIO SEMESTRALE

Il monitoraggio semestrale riguarda le attività di ricovero programmato.

Attività di integrazione delle liste d'attesa con il Territorio

Nel febbraio 2010 è stato avviato con gli uffici competenti della ASP di Catania uno studio di fattibilità per l'attivazione di un CUP unico provinciale al fine di:

- a) ampliare e diversificare l'offerta sanitaria sul territorio;
- b) non consentire la ripetizione della prenotazione presso più strutture sanitarie;
- c) evitare la duplicazione delle liste di attesa con conseguente allungamento dei tempi di prenotazione;
- d) razionalizzare l'utilizzo delle risorse.

Il protocollo prevede che, inizialmente e in via sperimentale, nel CUP provinciale confluiscono solo alcune delle prestazioni critiche per le quali l'utenza si riferirà per la prenotazione in ambito provinciale:

- Mammografia
- TAC
- RMN
- Ecografia
- Elettromiografia
- Ecodoppler

Dopo aver proceduto al censimento delle disponibilità orarie e giornaliere dei vari ambulatori aziendali erogatori delle prestazioni individuate, i dati sono stati inviati all'ASP per la loro inclusione sul Data Base provinciale dedicato

Parimenti sono state concordate linee di indirizzo per i medici specialisti prescrittori.

Altra iniziativa intrapresa per favorire l'appropriatezza dei livelli di cura e l'adesione allo screening mammografico attivato sul territorio è stata la condivisione di un Protocollo di intesa tra ASP di Catania e ARNAS Garibaldi firmato il 13 agosto u.s.

Il protocollo prevede l'invio delle pazienti arruolabili allo screening, che richiedono la prestazione alla nostra Azienda, agli ambulatori radiologici dedicati dell'ASP che non presentano liste d'attesa prevedendo il II° livello diagnostico, ove richiesto, presso l'U.O. di senologia dell'ARNAS Garibaldi.

 <p>ARNAS GARIBALDI CATANIA</p> <p>ARNAS GARIBALDI AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</p>	<p>Qualità Aziendale</p>	<p>PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025</p>	<p>REV.0</p>	<p>Pag.</p>
---	-------------------------------------	---	--------------	-------------

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.

Area tematica “COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE”

L'ARNAS ha rispettato appieno i propri compiti istituzionali relativi all'obbligo di sviluppare le relazioni con i cittadini, potenziare e armonizzare i flussi di informazioni al suo interno e concorrere ad affermare il diritto ai cittadini di una efficace comunicazione.

È stato proposto un modello di comunicazione volto a relazionare, nei confronti della relativa committenza, il maggior numero di progetti-iniziative per migliorare la qualità percepita e favorire il processo di appartenenza alla gestione pubblica ed il pieno consenso dei cittadini e degli operatori nei confronti della missione aziendale.

Il sistema e gli strumenti utilizzati per la divulgazione delle informazioni e per il dialogo con i soggetti coinvolti, presentano i requisiti previsti dalla normativa sia per ciò che concerne la semplificazione degli atti e dei documenti della Pubblica Amministrazione e sia per l'accessibilità agli strumenti informatici.

Sono state prodotte risposte concrete alle esigenze dei cittadini attraverso la definizione di linguaggi, toni e forme di comunicazione specifiche, tramite l'utilizzazione dei canali necessari.

Rapporti con i Mass Media

Rassegna Stampa, raccolta ed archiviazione. Prodotti quotidianamente attraverso l'analisi di 6 testate giornalistiche (La Sicilia, Giornale di Sicilia, Gazzetta del Sud, Il Sole 24 ore, La Repubblica, Il Corriere della Sera), e di una Agenzia fissa (ANSA). Nei casi di approfondimento la rassegna è stata estesa anche ad altre testate. La rassegna stampa viene pubblicata in formato digitale sul Sito Internet aziendale e archiviata con metodo elettronico (doppia versione, Publisher e PDF).

Comunicati Stampa. Descrittivi di tutte le iniziative poste in essere dalle strutture dell'Azienda Ospedaliera. È stata instaurata una forte collaborazione con le singole Unità Operative ove evitare fenomeni pericolosi di dissonanza cognitiva e disinformazione del cittadino.

Conferenze Stampa. Per taluni eventi o per la diffusione di informazioni particolarmente importanti, sono stati realizzati appositi incontri con i giornalisti per illustrare contenuti specifici attraverso la consegna di una cartella stampa opportunamente preparata e un controllo preciso del dibattito.

Web, Televisione e Radio. Attraverso la collaborazione con siti internet, televisioni e radio locali, anche laddove vengono prodotte specifiche trasmissioni di approfondimento, sono stati periodicamente preparati appositi moduli per la diffusione di informazioni sanitarie sul territorio.

Rapporti con i giornalisti. Sono stati organizzati periodici incontri e meeting di lavoro con i giornalisti locali specializzati al fine di costruire un rapporto stabile, di reciproca collaborazione.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.
---	--------------------------	---	-------	------

Rapporti con Associazioni e Cittadinanza

Ufficio per le Relazioni con il Pubblico. Composto da personale specificamente formato ai sensi della L. 150/2000 e successive modifiche, assicura ai cittadini informazioni chiare, puntuali e riservate sulle attività e sui servizi dell'Azienda, sulle modalità di accesso, sui tempi di attesa e sulle procedure necessarie per ottenere le prestazioni sanitarie.

Per il funzionamento dell'Ufficio è stato redatto ed approvato un regolamento di funzionamento, in particolare per la gestione dei reclami e delle segnalazioni. L'URP peraltro collabora attivamente in tutte le attività di comunicazione dell'Azienda e in particolare con l'Ufficio Stampa per la stesura di specifici progetti (Marketing sociale, Carta dei Servizi, ecc.). Le attività dell'Ufficio vengono semestralmente elencate in una apposita relazione.

Comitato di Partecipazione e vigilanza. È stato attivato un comitato apposito con le associazioni più importanti dei consumatori e dei cittadini che operano sul territorio (compresi i sindacati), ove instaurare un confronto periodico e costruttivo.

Audit Civico. È stato istituito ai sensi di legge siffatto soggetto di confronto periodico con l'Associazione Cittadinanzattiva per il monitoraggio periodico delle unità operative.

Comitato Consultivo. È stato costituito ai sensi del D.A. del 15-04-2010 e vede riunite 23 associazioni di tutela dei diritti degli utenti del settore sociosanitario nell'ambito territoriale di riferimento dell'azienda.

Partecipazione ad eventi fieristici e a campagne di sensibilizzazione. L'Arnas Garibaldi ha aderito a numerosi eventi fieristici sia locali che nazionali, intervenendo anche in specifiche campagne di sensibilizzazione territoriale.

Appropriatezza, Equità e Umanizzazione

L'ARNAS Garibaldi è da anni impegnata, su input nazionale e regionale, a migliorare l'appropriatezza e tempestività delle cure e ad assicurare l'equo accesso all'assistenza di tutti i cittadini.

Questo soprattutto attraverso l'inserimento sistematico nel piano delle attività, di obiettivi finalizzati a:

- promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure con adesione a linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici o procedure basati sull'evidenza scientifica, anche mediante una adeguata gestione della documentazione clinica (cartella informatizzata) e dell'informazione consapevole del paziente (consenso informato)
- migliorare l'appropriatezza del ricovero in area medica, chirurgica e riabilitativa, sia promuovendo l'utilizzo di specifici setting assistenziali (es: day surgery/hospital, osservazione breve, interventi ambulatoriali, Stroke unit, Breast Unit); sia favorendo il recupero funzionale e la riduzione delle

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.

complicanze e disabilità con adesione a specifiche procedure (es: chirurgia mini-invasiva, gestione del dolore, prevenzione di cadute e lesioni da pressione, prevenzione di infezioni ospedaliere e complicanze tromboemboliche ecc.)

- **favorire l'umanizzazione dell'assistenza curando l'accoglienza/la relazione col paziente e mettendo il paziente al centro del processo di cura, tramite la presa in carico globale degli aspetti fisici, psicologici, relazionali e sociali.**

AZIONI

1. Includere obiettivi di appropriatezza, equità/tempestività e umanizzazione della cure nel piano d'attività annuale;
2. Rafforzare il sistema premiante valorizzando i buoni risultati ottenuti in questi ambiti;
3. Dare evidenza ai risultati ottenuti diffondendoli pubblicamente ed organizzando eventi di comunicazione al pubblico ed agli stakeholders;
4. Mettere a fuoco le criticità ancora presenti, analizzandole e progettando attività di miglioramento con le metodologie e gli strumenti del PDCA (PLAN DO CHECK ACT)*

*(Pianificazione; Applicazione in via sperimentale di quanto pianificato; Controllo e monitoraggio dei risultati, dei dati ed evidenze, e verifica della compatibilità con quanto pianificato; Implementazione dei miglioramenti scaturiti dalle evidenze raccolte nelle verifiche).

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.

Area tematica “Accreditamento / Certificazione”

Il termine Accreditamento è stato inserito nella normativa italiana con il D.lgs 502/92. Questo ha introdotto, assieme al concetto della necessità per tutte le strutture pubbliche e private del possesso di una serie minima di requisiti considerati indispensabili per esercitare l'attività sanitaria, assicurando un elevato standard nell'erogazione dei servizi sanitari.

Sulla base di questi principi si è proceduto ad una analisi dei requisiti richiesti attuando meccanismi di autovalutazione a mezzo di Check list inviate a tutti i responsabili di UUOO CC. al fine di indirizzare le UO verso obiettivi di qualità nell'erogazione delle prestazioni.

IL SISTEMA QUALITA'

Il Sistema qualità ha come fine quello di individuare opportunità di miglioramento ed effettuare progetti di valutazione e miglioramento, per realizzarle in tutte le unità organizzative di una azienda. I progetti dovranno in particolare essere rivolti al miglioramento dei percorsi assistenziali, nello sforzo di ridurre al minimo i rischi per i pazienti in tutte le unità organizzative cliniche, di ridurre sprechi e ritardi; di stilare e approvare linee guida relative ai comportamenti professionali. A tutto ciò dovrà far seguito l'applicazione e la verifica dell'applicazione sia delle procedure che delle raccomandazioni principali individuate nelle linee guida.

Ma il miglioramento della qualità passa soprattutto dal costante aggiornamento delle procedure, linee guida, percorsi assistenziali periodicamente, sulla base delle nuove acquisizioni tecnologiche, delle novità della letteratura scientifica e delle indicazioni venute dalla verifica della loro applicazione si mette in atto un sistema di monitoraggio degli eventi avversi principali e del grado di qualità percepita, in modo da individuare opportunità di miglioramento e di potere intervenire tempestivamente qualora la situazione lo richieda.

INDICATORI

Per quanto riguarda gli indicatori relativi agli obiettivi dei Dipartimenti, Presidi, il Responsabile dello Staff, il Responsabile della Qualità, in collaborazione con i Direttori delle Macrostrutture hanno fornito un set di indicatori che verranno utilizzati per la misurazione e valutazione degli obiettivi specifici. Nell'ambito del Miglioramento della Qualità e dell'Accreditamento si è proceduto insieme ai responsabili delle Unità operative complesse ad analizzare i vari contesti organizzativi e ad individuarne limiti e potenzialità, a tradurre gli obiettivi generali indicati dal Piano in obiettivi specifici, consoni e pertinenti con la realtà di suo riferimento, ed infine a costruire, sulla base delle indicazioni del Piano, un disegno organizzativo ed operativo nel proprio contesto di lavoro con protocolli operativi di diagnosi e cura. A tal fine, i responsabili hanno quale riferimento la lista di indicatori di qualità che viene di seguito riportata.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.

INDICATORI DI PRODUTTIVITA'

Tasso occupazione dei pl sia ordinari che DH (in tal caso calcolato sui posti letto equivalenti su 5 gg a settimana con 2 accessi giornalieri per posto letto) tendente al 75%;

Miglioramento dell'indice comparativo di performance (ICP) e dell'indice di case-mix (ICM);

Diminuzione casi a rischio inappropriatezza rispetto alla lista dei LEA;

Consegna della Cartella clinica entro 10 giorni dalla dimissione nei ricoveri ordinari o entro 10 giorni dalla chiusura del ciclo diagnostico nel ricovero DH;

Miglioramento del sistema di prenotazione ed ampliamento della fascia oraria di funzionamento degli ambulatori al fine di ridurre le liste d'attesa.

INDICATORI DI QUALITÀ	
AREA DI PS	N. DI CODICI DI TRIAGE CONFERMATI ALLA DIMISSIONE DALL'AREA DELL'EMERGENZA
OSTETRICIA	PERCENTUALE DI PARTI CESAREI SUL TOTALE DEI PARTI
AREA CHIRURGIE GENERALI	N. DI RIENTRI ENTRO 30 GIORNI PER LA STESSA PATOLOGIA
ORTOPEDIA	TEMPI DI DEGENZA PREOPERATORI
COMPLESSI OPERATORI	N. CHEKLIST COMPILATE / TOTALE INTERVENTI N. SCHEDE INTERVENTO COMPILATE / TOTALE INTERVENTI
ANESTESIOLOGIA	N° SCHEDE ANESTESIOLOGICHE COMPLETE (VALUTAZIONE PREANESTESIOLOGICA, PIANO ANESTESIOLOGICO, MONITORAGGIO AL RISVEGLIO)/TOTALE SCHEDE

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.
---	--------------------------	--	-------	------

Area tematica “formazione”

L' Azienda Garibaldi in considerazione dall'importanza strategica della formazione del proprio personale e per dare un impulso alle attività formative conta di:

- Estendere la cultura alla Qualità a tutto il personale dirigente operante in Ospedale, e nei Dipartimenti;
- Avviare l'utilizzo di tali strumenti all'interno di ogni realtà dipartimentale con programmi mirati e progressivi;
- Avviare attività formativa aziendale su temi inerenti **UMANIZZAZIONE E COMUNICAZIONE**
- Formare tutto il personale sanitario ai concetti di qualità del dato con particolare riferimento alla tenuta del diario clinico ospedaliero, alla compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera, all'utilizzo della cartella infermieristica, alla rilevazione degli incidenti potenzialmente evitabili (near miss);
- Formazione a distanza per superare le barriere.
-

La Direzione generale ha quindi ritenuto con proprio atto del **7.11.2005** di costituire un Comitato tecnico scientifico per le attività di formazione ed è attualmente rinnovato.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.

OBIETTIVI AZIENDALI PER LA QUALITÀ 2023/2025

Il Piano Triennale della Qualità, di promuovere il miglioramento continuo della qualità degli interventi sanitari, si esplicita nei seguenti obiettivi generali:

1. aumentare l'appropriatezza delle cure e dei profili di cura;
2. migliorare la qualità dell'offerta;
3. elevare il livello di qualità percepita;
4. diffondere a tutti i livelli dell'organizzazione la funzione di sviluppo della qualità.

La pianificazione triennale individua aree tematiche specifiche sulle quali sviluppare, in coerenza con gli obiettivi generali, la propria programmazione.

Le aree individuate del Piano Qualità 2023-2025 sono le seguenti:

- a) Appropriatelyzza e clinical governance
- b) Accreditamento \ Certificazione ISO (Nuova Palazzina dell'Emergenza)
- c) Umanizzazione, Comunicazione ed informazione
- d) Gestione delle liste di attesa
- e) Formazione

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITA' 2023-2025	REV.0	Pag.

APPROPRIATEZZA

L'Appropriatezza e l'Accreditamento rappresentano temi ampiamente sottolineati dal PSN, dal PSR, dal D.L. 229/99, dal Programma Nazionale della Qualità e da altri input normativi recenti e meno recenti (quali il Decreto LEA e le Leggi finanziarie degli ultimi anni per l'Appropriatezza; il DPR 14/01/97 ed il D.A. del 17/08/02 per l'Accreditamento).

Le norme nazionali e regionali ed i Piani sanitari indicano la necessità di sviluppare, in tutte le Aziende sanitarie, sistemi mirati alla promozione ed alla verifica dell'Appropriatezza e della Standardizzazione, sia a livello ospedaliero, sia a livello territoriale, nella prospettiva che tutti gli operatori "insieme" vengano progressivamente coinvolti in questi processi innovativi, il cui sviluppo ha una netta influenza sulla vita futura del sistema sanitario.

Gli strumenti di razionalizzazione e standardizzazione che hanno trovato ampio sviluppo negli ultimi anni anche in Italia, sono i seguenti:

- le linee guida;
- le procedure;
- i percorsi diagnostico-terapeutici ed i profili assistenziali.

ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE ISO

Nell'ulteriore sviluppo della problematica si intende, conformare le attività aziendali ai criteri del D.A. 890/2002 attraverso i seguenti momenti:

1. Elaborazione dei documenti organizzativi delle Macrostrutture emicrostrutture;
2. Elaborazione della Documentazione aziendale ai fini dell'ottenimento dell'Accreditamento;
3. Attivazione delle verifiche ispettive e di procedure per la Certificazione ISO
4. Ricognizione degli enti certificanti o di accreditamento;
5. Stipula delle convenzioni di Certificazione;
6. Inoltro della domanda per la certificazione;
7. Verifica ispettiva da parte degli ispettori.

Pare opportuno evidenziare l'attività già messa in atto per il processo di adesione ai requisiti minimi per l'Accreditamento che ha coinvolto molti operatori dell'Azienda creando i presupposti del cambiamento culturale richiesto per l'implementazione di programmi che tendono alla qualità con l'individuazione del corso del 2022 del Referente Aziendale per la Qualità.

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.

UMANIZZAZIONE, COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE

Tema Umanizzazione

L'ARNAS Garibaldi è da anni impegnata, su input nazionale e regionale, a migliorare l'appropriatezza e tempestività delle cure e ad assicurare l'equo accesso all'assistenza di tutti i cittadini.

Questo soprattutto attraverso l'inserimento sistematico nel piano delle attività, di obiettivi finalizzati a:

- promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure con adesione a linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici o procedure basati sull'evidenza scientifica, anche mediante una adeguata gestione della documentazione clinica (cartella informatizzata) e dell'informazione consapevole del paziente (consenso informato)
- migliorare l'appropriatezza del ricovero in area medica, chirurgica e riabilitativa, sia promuovendo l'utilizzo di specifici setting assistenziali (es: day surgery/hospital, osservazione breve, interventi ambulatoriali, Stroke unit, Breast Unit); sia favorendo il recupero funzionale e la riduzione delle complicanze e disabilità con adesione a specifiche procedure (es: chirurgia mini-invasiva, gestione del dolore, prevenzione di cadute e lesioni da pressione, prevenzione di infezioni ospedaliere e complicanze tromboemboliche ecc.)
- **favorire l'umanizzazione dell'assistenza curando l'accoglienza/la relazione col paziente e mettendo il paziente al centro del processo di cura, tramite la presa in carico globale degli aspetti fisici, psicologici, relazionali e sociali.**

Al tal fine le azioni da implementare sono le seguenti:

- Includere obiettivi di appropriatezza, equità/tempestività e umanizzazione della cure nel piano d'attività annuale;
- Rafforzare il sistema premiante valorizzando i buoni risultati ottenuti in questi ambiti;
- Dare evidenza ai risultati ottenuti diffondendoli pubblicamente ed organizzando eventi di comunicazione al pubblico ed agli stakeholders;
- Mettere a fuoco le criticità ancora presenti, analizzandole e progettando attività di miglioramento con le metodologie e gli strumenti del PDCA (PLAN DO CHECK ACT);
- **Già previste attività formative per l'anno 2023**

	Qualità Aziendale	PIANO TRIENNALE PER LA QUALITÀ 2023-2025	REV.0	Pag.
---	--------------------------	---	-------	------

Tema Comunicazione

La complessità del sistema sanitario e la forte dinamica del settore della comunicazione ha reso necessario l'adozione di strumenti di informazione in grado di far conoscere sia all'esterno che all'interno i processi che determinano strategie, obiettivi e risultati aziendali.

Attraverso uno specifico piano di comunicazione è stato approntato un lavoro sistematico finalizzato a garantire i seguenti macro-obiettivi:

Realizzazione e gestione di un sistema di trasmissione e distribuzione delle informazioni, attraverso il coinvolgimento di soggetti plurimi anche in iniziative di prevenzione e divulgazione di corretti stili di vita.

Promozione di campagne di educazione nell'ambito di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

Facilitare la conoscenza e l'utilizzo dei servizi all'utenza di riferimento.

Progettare ed aggiornare banca-dati di informazioni sulla rete dei servizi sanitari e sulle prestazioni offerte.

Aumentare la conoscenza delle opere ed attività realizzate dall'Azienda garantendo la massima visibilità.

Sensibilizzare tutti i soggetti aziendali coinvolti nel processo di comunicazione sull'importanza di un flusso informativo efficace, capillare e continuo.

Puntare allo sviluppo di un senso di appartenenza verso la struttura sanitaria quale strumento comune volto al mantenimento della salute pubblica.

FORMAZIONE

Per quanto attiene al Piano Formativo 2022, il Comitato Scientifico per la Formazione ha stabilito di incaricare i direttori di dipartimento di programmare l'attività formativa del dipartimento secondo un ordine di priorità

Verrà inoltre tenuto conto dei risultati dei questionari distribuiti nel corso del 2010 a medici, infermieri, capisala e direttori di struttura di tutte le unità operative.

Relativamente agli anni 2011 e 2012, la Direzione, inoltre, ha individuato i sotto elencati obiettivi formativi, per il potenziamento delle relative aree di competenza del personale:

In questi due anni di pandemia è stato messo in piedi un sistema di sorveglianza settimanale senza precedenti, che porta allo scambio e alla convalida dei dati su scala territoriale, nazionale e internazionale. Essere coordinati e collaborare con il territorio a tutti i livelli è di fondamentale importanza. Così come sono essenziali la formazione e l'aggiornamento continuo del personale sulla capacità di leggere eventi e formulare ipotesi, a cominciare dall'ambito locale.