



CENTRO NEUROLESI
BONINO PULEJO
IRCCS MESSINA

Piano
Qualità e Rischio Clinico
2022



Delibera n. 575 del 21.07.2022

1. Premessa

Il presente Piano rappresenta una sintesi “trasversale” dei vari piani adottati dall’IRCCS “Bonino-Pulejo”, secondo la prospettiva della gestione della qualità e del rischio clinico, nonché del Piano PanFlu 2021-2023, da approvarsi entro il 30 settembre 2022 (DA n. 133 del 28 febbraio 2022, *Adozione del Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale - PanFlu - Piano pandemico regionale 2021-2023 e del Manuale delle procedure operative e dei protocolli* - GURS dell’8 aprile 2022).

Il Piano Qualità e Rischio Clinico 2022 assolve anche a quanto previsto dal DA n. 3181 del 23 dicembre 2009, art. 6.

Più nello specifico si tratta di un’integrazione operativa tra Piano delle Performance (delibera n. 102 del 31 gennaio 2022), Piano Integrato delle Attività e dell’Organizzazione – PIAO (delibera n. 489 del 17 giugno 2022) e del già citato Piano PanFlu 2021-2022, una cui bozza è stata inviata all’Assessorato delle Regione Siciliana ed al Commissario Starordinario per l’emergenza Covid-19 per Messina (nota prot./Ser.4/n.22587 del 16 giugno 2022).

2. Analisi di contesto

Al fine di evitare inutili ripetizioni e di “appesantire” il presente Piano, per l’analisi di contesto si rimanda a 3 documenti chiave (Piano Integrato Attività e Organizzazione - PIAO, Piano delle Performance, Bilancio Sociale) pubblicati sul sito aziendale dell’IRCCS e di cui si riportano i rispettivi link:

<https://www.irccsme.it/doc/amministrazione-trasparente//disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/anno-2022.html>

<https://www.irccsme.it/doc/amministrazione-trasparente//performance/piano-della-performance.html>

<https://www.irccsme.it/doc/amministrazione-trasparente//altri-contenuti/dati-ulteriori/dati-ulteriori.html>

3. Assegnazione della responsabilità dell’UOS Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico

Con delibera n. 278 del 25 marzo 2022, è stata assegnata la responsabilità dell’UOS Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico, rafforzando in tal modo le relative funzioni.

Ciò si inserisce in un più ampio processo di assegnazione delle responsabilità di tutte le unità operative, alcune delle quali non ancora assegnate, soprattutto in ambito neurologico e neuro-riabilitativo (peraltro *mission* dell’IRCCS).

4. La rete dei facilitatori: significato e compiti

In questo contesto, in linea con i modelli organizzativi adottati dalla maggior parte delle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana, nonché di altre Regioni (Toscana ed Emilia Romagna *in primis*), è

stato chiesto ai responsabili di unità operativa (nota prot. n. 7188 del 10 giugno 2022) di **individuare, un nominativo per la propria unità operativa di area sanitaria** (o per più unità, raccordandosi con altri responsabili), **quale** figura di “**facilitatore**” per quanto riguarda **qualità e rischio clinico**, da proporre alle Direzioni Strategiche in indirizzo e da formalizzare nella delibera di adozione del già citato Piano Qualità e Rischio Clinico 2022.

Le **caratteristiche** individuate per i facilitatori sono state le seguenti:

1. dipendente a tempo indeterminato, con un’aspettativa di servizio, presso il nostro IRCCS, maggiore di tre anni;
2. persona che abbia, anche per spirito di appartenenza, la fiducia del Responsabile di UO e della Direzione Strategica;
3. persona con capacità informatiche di *editing* e costruzione di tabelle, *flow-chart*, presentazioni;
4. persona interessata alla cultura della qualità e del rischio clinico (approccio sistemico, non colpevolizzazione);
5. discreta conoscenza dell’inglese scientifico (QCER almeno A2).

I **compiti** dei facilitatori saranno:

1. agevolare l’implementazione del Piano Qualità e Rischio Clinico 2022 (e successivi);
2. agevolare il reperimento e la conoscenza delle procedure del sistema ISO 9001:2015 aziendale nella propria UO;
3. segnalazione reattiva e/o proattiva di eventi avversi o quasi eventi (*near miss*);
4. interfaccia tra responsabile di unità operativa di appartenenza e quella qualità, accreditamento e rischio clinico;
5. partecipazione alla rete dei facilitatori, coordinata dal resp. della UO “Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico”;
6. individuazione di procedure necessarie per la propria UO e parte attiva nella loro redazione / revisione;
7. collaborazione nella preparazione e partecipazione agli audit di parte prima e seconda, relativi alla propria UO;
8. collaborazione nella preparazione e partecipazione agli audit di parte terza (da parte dell’Ente di Certificazione);
9. partecipazione, quali discenti, agli eventi formativi specifici che verranno effettuati per i facilitatori;
10. partecipazione attiva, come relatori, ad eventi su qualità e rischio clinico organizzati per interni ed esterni.

I **facilitatori individuati**, per le varie unità operative, sono:

- Medicina d’urgenza / MCAU: *Ermanno Corvaio*
- Terapia Intensiva / Rianimazione: *Lorenza Mazzeo*
- Cardiologia - UTIC: *Antonio Duca*
- Chirurgia ed Urologia: *Viviane Di Dio*
- Ortopedia: *Letterio Rizzo*
- Neuroriabilitazione: *Angelo Caminiti*
- Neuroriabilitazione funzionale: *Rosetta Todaro*
- Radiologia: *Antonio Merlino*
- Laboratorio di Patologia Clinica: *Maurizio Mastronardo*
- Ambulatorio Sclerosi Multipla: *Giuseppe Venuti*.

5. Significato del logo dell'UOS Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico

QuARC è l'acronimo di **Q**ualità, **A**ccreditamento e **R**ischio **C**linico.

La **I**, che precede e si sovrappone alla **C**, trasforma parzialmente la C in **K**: da **QuARC** si passa così a **QuARK**.

I **quark** sono particelle elementari della materia che costituiscono alcune particelle composte (protoni e neutroni), componenti dei nuclei atomici. Secondo le più recenti teorie della fisica (quantistica), sono emerse da fluttuazioni del vuoto quantico, da cui si è generato, a sua volta, per inflazione (inflatoni) il Big-Bang, all'origine del nostro universo. Nel logo sono il simbolo dell'**andare all'origine dei problemi**.

L'idea di origine (dei problemi) è ripresa dalle **linee oblique** della **I** che, stilisticamente, rappresenta un **albero**, le cui linee oblique rappresentano le **radici**. L'analisi reattiva principale, in ambito di *clinical risk management*, è costituita dalla **Root Cause Analysis (RCA)**, **Analisi della Causa Radice**. Più in generale viene così rappresentata l'idea che **risalire sempre alle origini è fondamentale per gestire i problemi e costruire il futuro**.

La **I** con le **linee oblique**, richiama inoltre la "**liscia di pesce**" del **diagramma di (Kaoru) Ishikawa**, introdotto nel 1943 per le analisi dei sistemi di gestione della qualità e ripreso da **James Reason**, lo psicologo che ha studiato la genesi e la natura degli errori umani ed il cui articolo del 1990 **Human Error: models and management**, rappresenta l'**inizio** della storia **clinical risk management**.

Nello stesso articolo di James Reason è riportato il "**modello del formaggio svizzero**" (**Swiss Cheese Model**): falle nei processi (i buchi nel formaggio) che, se si allineano, causano un evento avverso. Questi "**buchi**" sono **stilizzati** dai **tre ovali** di colore differente (le diverse cause).

I **tre ovali** rappresentano anche **tre sistemi**, ad indicare l'**approccio (multi)sistemico** nella gestione della qualità e del rischio clinico, che della qualità è un'importante dimensione.

Il **modo di sovrapporsi dei 3 ovali**, riproduce una forma stilizzata dell'**encefalo**, substrato e simbolo della **mente** umana: la "**sede**" **dove originano**, direttamente ed indirettamente, **gli errori, ma anche lo "strumento" per prevenirli e gestirli**.

L'**encefalo** è anche il simbolo della **Neurologia**, la **specializzazione** chiave **all'origine della storia dell'IRCCS** e la specializzazione **dell'attuale clinical risk manager**.

Il **2.0** si riferisce ad una nuova fase dell'unità (la prima dal DA 3181-2009 sino alla piena attribuzione dell'UOS), sintetizzabile in 5 parole chiave: (**più**) **semplificazione, digitalizzazione, partecipazione, comunicazione, consegna** dell'esperienza acquisita negli anni, dentro e fuori dall'IRCCS, alle attuali generazioni e a quelle future.

6. Le attività del Piano e metodologia nella redazione delle procedure

Dato il taglio estremamente pratico e sintetico dato al Piano Qualità e Rischio Clinico 2022, si è strutturata una **tabella** in **25 attività chiave**, identificate (ID) con codice alfa-numerico QRC- seguito da due cifre arabe, progressive, da 01 a 25.

L'intestazione della tabella, oltre alla denominazione dell'attività e al relativo ID, prevede: ID del Piano delle Performances, ID del Piano PanFlu 2021-2023, i responsabili dello svolgimento dell'attività, una descrizione più dettagliata, un cronoprogramma (da agosto e dicembre 2022), l'indicatore per

misurare il raggiungimento o meno dell'attività in oggetto.

La redazione / revisione delle procedure seguirà i criteri della semplificazione, del ricorso alla rappresentazione dei processi tramite *flow-chart*, della massima [partecipazione](#) del personale interessato, della [facilità di accesso alla documentazione](#) di sistema, della [conoscenza](#) dei contenuti elaborati da parte di tutto il personale.

Piano Qualità e Rischio Clinico 2022

attività	ID QRC	ID piano Performances	ID PanFlu	responsabili	descrizione	cronoprogramma					indicatore
						ago	set	ott	nov	dic	
Revisione procedura "madre" e drive condiviso con tutta la documentazione ISO 9001:2015	QRC-01	----	----	D'Aleo G	Revisionare la procedura "madre" PG 01.01, con particolare riguardo alle modalità di accesso alla documentazione e all'evidenza di informazione a tutto il personale. Ridefinire un drive condiviso con tutta la documentazione del sistema ISO 9001:2015, al fine di rendere facilmente fruibile la stessa						procedura adottata con delibera = 0,5; ridefinizione drive condiviso = 0,5
Attivazione rete dei facilitatori qualità e rischio clinico e relativa formazione specifica	QRC-02	----	----	D'Aleo G	Attivare una rete comunicativa dei facilitatori per la qualità ed il rischio clinico, facilitando il tempestivo flusso di informazioni, secondo la cultura del <i>no blame, no shame</i>						rete attivata = 1
Audit interni su qualità e rischio clinico	QRC-03	----	----	D'Aleo G	Effettuare almeno un audit per UO, predisponendo una <i>check-list</i> ed un <i>report</i> da inviare alla Direzione Sanitaria, partendo dalla conoscenza delle modalità di accesso alle procedure del sistema ISO 9001:2015, sino ad i punti chiave dell'applicazione delle stesse						100% UU.OO. auditate, con relativo report dell'audit= 1
Attivazione cruscotto indicatori su qualità e rischio clinico	QRC-04	----	----	D'Aleo G	Inserire ne drive aziendale condiviso (<i>dashboard</i>), un cruscotto base di indicatori su qualità e rischio clinico, da implementare con gradualità						Attivazione dashboard = 1
Acquisizione dei consensi informati per FSE (ricoverati)	QRC-05	b.12	----	Giuffrida C, Lombardo V, Morrò P, Iannello A, D'Aleo P, Rifici C, Sessa E	Acquisizione di > 5% consensi informati per il FSE per i ricoverati nelle UU.OO. di Medicina d'Urgenza, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Cardiologia-UTIC, Neuroriabilitazione, Neuroriabilitazione funzionale						> 5% consensi = 1. Il dato va anche stratificato per UO
Acquisizione dei consensi informati per FSE (Laboratorio di Patologia Clinica)	QRC-06	b.13	----	Morabito F	Acquisizione di > 10% dei referti di laboratorio informato CDA2-HL7 alimentanti il FSE rispetto al numero delle ricette trasmesse con il flusso C (branca 11)						> 10% consensi = 1
Revisione procedure di prevenzione ICA	QRC-07	c.7	PPF-15	CCICA (Trincherà A), Giuffrida C, Leonardi S, Lombardo V, Morrò P, Iannello A, D'Aleo P, Rifici C, Sessa E	Revisione delle procedure relative alla prevenzione e gestione delle infezioni ospedaliere (correlate all'assistenza e non) e loro adozione con delibera						100% delle procedure revisionate ed adottate con delibera = 1
Implementazione della Raccomandazioni di Slow-Medicine	QRC-08	c.8	----	Giuffrida C, Leonardi S, Lombardo V, Morrò P, Iannello A, D'Aleo P, Rifici C, Sessa E	Individuare una raccomandazione di <i>Slow Medicine</i> e reazione di un piano di implementazione per UO						100% delle UU.OO. con raccomandazione individuata e relativo piano di implementazione = 1
Realizzazione delle azioni previste nel PAA	QRC-09	d.14	----	Giuffrida C, Leonardi S, Lombardo V, Morrò P, Iannello A, D'Aleo P, Rifici C, Sessa E	Relativamente alla segnalazione di eventi sentinella, è necessario che ogni UO invii, entro dicembre 2022, un report sugli stessi, anche se non se ne sono verificati						100% report dalle UU.OO. = 1
Azioni previste dal PTPCT 2022-2024	QRC-10	d.15	----	Giuffrida C, Leonardi S, Lombardo V, Morrò P, Iannello A, D'Aleo P, Rifici C, Sessa E	Mappatura dei processi a rischio di corruzione (da inviare con nota protocollata al RPCT), entro dicembre 2022						note dal 100% delle UU.OO. = 1
Revisione procedure sulle trasfusioni di sangue ed emoderivati	QRC-11	----	----	Lamonica M	Revisione della procedura sulle trasfusioni di sangue e gli emoderivati, nonché sulla frigoemoteca, alla luce della convezione con l'AOUP-ME, le cui relative procedure vanno adottate con delibera.						procedura adottata con delibera = 1
Audit su applicazione procedure su trasfusione sangue ed emoderivati	QRC-12	----	----	Lamonica M	Audit sulla corretta applicazione delle procedure relative alle trasfusioni di sangue ed emoderivati (in sinergia col COBUS)						audit eseguito (con report) = 0,5
Redazione procedura sulla Legionellosi	QRC-13	----	----	Trincherà A, D'Aleo G	Redazione di procedura sia sugli aspetti clinico-sanitari che strutturali. Adozione della stessa con delibera						procedura adottata con delibera = 1
Redazione procedura sulla camera mortuaria	QRC-14	----	----	Donia M	Redazione di procedura sulla gestione della camera mortuaria. Sua adozione con delibera						procedura adottata con delibera = 1
Redazione di procedura sulla gestione del traumatizzato cranico	QRC-15	----	----	Giuffrida C	Redazione procedura che adegui il percorso per il traumatizzato cranico all'IRCCS-ME. Adozione della stessa con delibera						procedura adottata con delibera = 1
Redazione di procedura sulla gestione della comunicazione in funzione di una pandemia	QRC-16	----	PPF-05	La Fauci L	Redazione di una procedura che suddivida le varie attività nelle 4 fasi previste dalle disposizioni regionali sul piano PanFlu 2021-2023: interpandemica, allerta pandemica, pandemica, transizione post-pandemica. Sua adozione con delibera						procedura adottata con delibera = 1
Redazione di procedura sull'utilizzo flessibile dei posti letto	QRC-17	----	PPF-05	Giuffrida C	Redazione di una procedura che definisca i criteri base per convertire, in modo flessibile, i posti letto in funzione di un'eventuale pandemia (modelli "bolle" e "vuvola". Sua adozione con delibera						procedura adottata con delibera = 1
Revisione della procedura sui trasporti (intra- ed extra-ospedalieri)	QRC-18	----	PPF-08	Giuffrida C	Revisione della procedura sui trasporti intra- ed extra-ospedalieri, integrandola con delle <i>flow-chart</i> . Sua adozione con delibera						procedura adottata con delibera = 1

attività	ID QRC	ID piano Performances	ID PanFlu	responsabili	descrizione	cronoprogramma					indicatore
						ago	set	ott	nov	dic	
Redazione di una procedura sugli accessi in ospedale e sull'eventuale annullamento di eventi	QRC-19	-----	PPF-09	Fiannacca S	Procedura che definisca trasversalmente i vari accessi in ospedale, sia per i pazienti che per il personale, gli informatori scientifici e specialist (ricorso a <i>flow-chart</i>). Adozione dello stesso con delibera						procedura adottata con delibera = 1
Criteri di trasferimento di pazienti	QRC-20	-----	PPF-10	Giuffrida C	Procedura che definisca i criteri di trasferimento dei pazienti sia all'interno dell'IRCCS-ME che all'esterno (ricorso a <i>flow-chart</i>). Adozione dello stesso con delibera						procedura adottata con delibera = 1
Revisione della procedura sulla sorveglianza sanitaria	QRC-21	-----	PPF-13	Migliara M	Radical revisione della procedura sulla sorveglianza sanitaria, semplificandola, ricorrendo ad una <i>flow-chart</i> chiara. Adozione dello stesso con delibera						procedura adottata con delibera = 1
Revisione delle procedure aziendali sulla medicina necroscopica	QRC-22	-----	PPF-16	Donia M	Revisione della procedura sulla medicina necroscopica, considerando anche l'ipotesi di decessi di persone per virus pandemico. Sua adozione con delibera						procedura adottata con delibera = 1
Redazione di procedura aziendale sul corretto utilizzo dei DPI	QRC-23	-----	PPF-17	Brando F	Redazione di una procedura generale, corredata da <i>flow-chart</i> ed adeguato materiale illustrativo, sul corretto uso dei dispositivi di protezione individuale						procedura adottata con delibera = 1
Redazione di procedura sulla gestione delle riunioni da remoto	QRC-24	-----	PPF-20	Longo A, Piccolo A	Redazione di una procedura che definisca le indicazioni a riunioni da remoto, anche in funzione pandemica. Sua adozione tramite delibera.						procedura adottata con delibera = 1
Audit di mantenimento della certificazione ISO 9001:2015	QRC-25	-----	-----	D'Aleo G	Gestione di tutte le attività preparatorie all'audit di mantenimento da parte dell'Ente di Certificazione per la ISO 9001:2015, Certiquality, che è programmato per dicembre 2022						Conferma della certificazione ISO 9001:2015 = 1