



DOCUMENTO 01
PROGRAMMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ E DEL RISCHIO 2013

1. Oggetto e campo di applicazione

Il presente documento descrive il programma di gestione della qualità e del rischio dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) in relazione all'anno 2013.

2. Documenti di riferimento

- Circolare n.46 del 27.12.2004 Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario. Direzione Generale Sanità. Regione Lombardia
- D.G.R. n. VIII/6994 del 02.04.2008 "Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) in attuazione della L.R. 12 dicembre 2007 n. 32 (...)"
- Decreto 17.12.2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" - Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali
- Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella. Luglio 2009
- Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico. Root Cause Analysis – RCA (Analisi delle cause profonde). Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Settembre 2009. Volume I
- Decreto 11.12.2009 – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali
- Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"
- D.G.R. n. IX/1964 del 06.07.2011 "Soccorso sanitario extraospedaliero – aggiornamento D.G.R. n. 37434 del 17.7.1998, n. VI/45819 del 22.10.1999, n. VII/16484 del 23.2.2004 e n. VII/1743 del 18.1.2006".
- D.G.R. n. IX/3591 del 06.06.2012 "Determinazioni in ordine alla stipula di convenzioni tra l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le aziende sanitarie pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera".
- Linee Guida attività di Risk Management – Anno 2013. Nota della D.G.S. del 13.12.2012
- D.G.R. n. IX/4637 del 28.12.2012 "Determinazioni in ordine al Piano di organizzazione aziendale dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza ai sensi e per gli effetti del sesto comma dell'art. 18 della Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009".
- D.G.R. n. IX/4659 del 09.01.2013 "Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria"
- D.G.R. n. IX/4967 del 28.02.2013 "Riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in attuazione delle D.G.R. n. IX/1964/2011 e n. IX/3591/2012 e determinazioni conseguenti".
- Deliberazione AREU n. 40 del 26.03.2010 "Nucleo Qualità e Gestione del Rischio (NQeGR) e Comitato Valutazione Sinistri (CVS)"
- Deliberazione AREU n. 19 del 31.01.2013 "Approvazione del Piano di Formazione Aziendale Anno 2013"
- Norma ISO 9001:2008
- Joint Commission International Accreditation Standards for Medical Transport Organizations. January 2003



- Carta dei Servizi AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza)
- Documento 03 AREU "Standard Joint Commission AREU"
- Documento 11 AREU "Elenco indicatori"
- Documento 50 AREU "Piano di Organizzazione Aziendale 2011 – 2014"
- Procedura 03 AREU "Gestione degli eventi avversi e dei near misses"
- Procedura 09 AREU "Gestione della documentazione sanitaria".

3. Responsabilità

Le responsabilità inerenti le specifiche attività sono riportate al paragrafo 5.

4. Definizioni e abbreviazioni

| | | |
|-----------|---|--|
| AAT | = | Articolazione Aziendale Territoriale |
| AREU | = | Azienda Regionale Emergenza Urgenza |
| AREUHQ | = | Azienda Regionale Emergenza Urgenza – Headquarter (Direzione) |
| ASL | = | Azienda Sanitaria Locale |
| ASO | = | Accertamento Sanitario Obbligatorio |
| COEU | = | Centrale Operativa Emergenza Urgenza |
| CVS | = | Comitato Valutazione Sinistri |
| DOC | = | Documento |
| EFQM | = | European Foundation for Quality Management |
| EMMA | = | EMergency MAnagement (applicativo gestionale EMMA) |
| IOP | = | Istruzione operativa |
| IRCCS | = | Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |
| ISO | = | International Organization for Standardization |
| JCAHO | = | Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations |
| LAS | = | Laboratorio Analisi e Sviluppo |
| MOD | = | Modulo |
| MSA | = | Mezzo di Soccorso Avanzato |
| MSI | = | Mezzo di Soccorso Intermedio |
| MSB | = | Mezzo di Soccorso di Base |
| NQeGR | = | Nucleo Qualità e Gestione del Rischio |
| POA | = | Piano di Organizzazione Aziendale |
| PMA | = | Posto Medico Avanzato |
| PRO | = | Procedura |
| SITRA | = | Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale |
| SOREU | = | Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza |
| S.S.U.Em. | = | Servizio Sanitario Urgenza Emergenza |
| S.C. | = | Struttura Complessa |
| S.S. | = | Struttura Semplice |
| TSO | = | Trattamento Sanitario Obbligatorio |



5. Programma di gestione della qualità e del rischio

Indice:

- a) L'Azienda Regionale Emergenza Urgenza: il contesto, gli obiettivi, i valori guida
- b) Gli strumenti
- c) Il sistema qualità e rischio AREU: gli obiettivi e gli attori
- d) Sintesi dell'attività svolta nell'anno 2012
- e) Gli obiettivi 2013 e l'individuazione delle azioni.



a) L'Azienda Regionale Emergenza Urgenza: il contesto, gli obiettivi, i valori guida

Il contesto e gli obiettivi

La fotografia del sistema di emergenza urgenza sanitaria, a livello nazionale, mostra diversi sistemi "118": ogni Regione ha realizzato infatti un servizio di emergenza sanitaria con sistemi organizzativi e percorsi formativi a volte significativamente diversi, pur in presenza di una specifica normativa di riferimento.

L'obiettivo da raggiungere è rappresentato dalla realizzazione di un sistema di soccorso sanitario di emergenza urgenza efficace, strettamente integrato con le realtà ospedaliere del territorio al fine di garantire al cittadino la continuità dell'assistenza: ciò richiede una serie di interventi non solo dal punto di vista operativo-organizzativo ma anche sul piano culturale, formativo, professionale.

In questo quadro si colloca, in Lombardia, l'attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) che rappresenta, nella realtà sanitaria, un'azienda strutturata con un modello innovativo, per alcuni aspetti molto simile a una holding, con una popolazione di riferimento di circa 10 milioni di abitanti.

L'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) è stata istituita dalla Regione Lombardia con Legge Regionale n. 32 del 12 dicembre 2007 "Istituzione dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza, modifiche e integrazioni alla Legge Regionale n. 31 del 11 luglio 1997 (Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali)", successivamente abrogata e sostituita dalla Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità".

L'AREU è stata attivata dalla Giunta Regionale Lombardia con D.G.R. n. VIII/6994 del 2 aprile 2008 "Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) in attuazione della Legge regionale n. 32/2007".

L'AREU è un'azienda sanitaria regionale dotata di personalità giuridica di diritto pubblico.

La sua mission è di garantire, nel territorio della Regione:

- la direzione del soccorso sanitario di emergenza urgenza
- la gestione del trasporto sanitario di organi, tessuti, équipe sanitarie e pazienti candidati a trapianto
- il coordinamento delle attività trasfusionali, di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati

in coerenza con i principi e gli obiettivi definiti dai Piani Sanitari Nazionale e Regionale vigenti.

L'AREU garantisce inoltre l'operatività dei call center laici del Numero Unico Emergenza (NUE) 112 sul territorio regionale (per la fase di sperimentazione del servizio, in attesa della definizione da parte dello Stato dell'assetto organizzativo a regime), così come disposto dalla Legge Regionale n. 11 del 03.08.2011.

L'AREU realizza tali obiettivi attraverso:

- una struttura centrale di coordinamento (Direzione AREU), flessibile e dinamica
- 12 Articolazioni Aziendali Territoriali (AAT) distribuite sul territorio regionale con un'area di competenza approssimativamente provinciale, che comprendono il sistema delle postazioni dei mezzi di soccorso sul territorio e, nella maggior parte dei casi, la COEU (Centrale Operativa Emergenza Urgenza)
- una delle 10 COEU (COEU 118 di Milano) specificamente incaricata del coordinamento dell'attività di trasporto organi, tessuti, équipe sanitarie e pazienti candidati a trapianto



- 15 Dipartimenti di Medicina Trasfusionale ed Ematologia (uno per ogni provincia, più 4 nell'area della provincia di Milano).

Per lo svolgimento della propria attività, l'AREU si relaziona con rapporti funzionali ed economico finanziari con 29 Aziende Sanitarie regionali e con la società civile (Enti, Associazioni di soccorso, Cooperative sociali, Onlus e loro organismi rappresentativi), secondo il principio di sussidiarietà orizzontale.

I rapporti di AREU con le Aziende Sanitarie della Regione Lombardia sono regolati da convenzioni (rif. D.G.R. n. IX/3591 del 6 giugno 2012), nelle quali vengono descritte le "regole del gioco" e i fattori produttivi (risorse umane, beni e servizi ...) che le stesse Aziende devono fornire ad AREU per lo svolgimento delle attività e il mantenimento del servizio.

I rapporti tra AREU e gli Enti, le Associazioni di soccorso, le Cooperative sociali e le Onlus, che garantiscono la risposta al fabbisogno di soccorso sanitario di base sul territorio regionale (Mezzi di Soccorso di Base) sono fissati da regole convenzionali dedicate.

I valori guida

Flessibilità e dinamicità

L'AREU si impegna a promuovere uno stile di lavoro flessibile e dinamico, finalizzato a favorire e a supportare nel modo più efficace i cambiamenti organizzativi del sistema.

Trasparenza

L'AREU ha la necessità di gestire in modo trasparente le scelte strategiche e i progetti di sviluppo relativi all'attività svolta, con l'obiettivo di fornire il miglior servizio al cittadino. La trasparenza si esplicita nella chiara e puntuale informazione agli operatori, ai cittadini e agli altri soggetti operanti nel sistema.

Qualità delle cure e verifica dei risultati

L'AREU si impegna a svolgere le proprie attività nell'ottica dei principi di miglioramento continuo della qualità. Si impegna inoltre a definire un sistema di indicatori finalizzati alla valutazione delle prestazioni offerte e alla verifica dei risultati raggiunti.

Efficienza e responsabilità

L'AREU si impegna a ricercare il miglior assetto organizzativo e gestionale per ottimizzare l'utilizzo delle risorse economiche, umane e tecnologiche e ad assegnare al personale la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Collaborazione

L'AREU si impegna a ricercare ogni forma di collaborazione con i soggetti deputati alla tutela della salute e a partecipare alle iniziative promosse a livello provinciale, regionale e nazionale in attuazione di specifici progetti e di programmi di coordinamento delle attività sanitarie di competenza.

Qualificazione professionale

L'AREU si impegna a promuovere, ad ogni livello, le opportunità di qualificazione e sviluppo professionale, attraverso la realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento finalizzati alle specifiche esigenze di ogni singolo settore.



Pari opportunità

L'AREU si impegna a garantire la partecipazione di donne e uomini a tutti i livelli e settori dell'attività aziendale. Promuove, altresì, la cultura delle pari opportunità e il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo.

b) Gli strumenti

Normativa UNI EN ISO 9000

La norma UNI EN ISO 9001:2008, che costituisce il punto di riferimento per la realizzazione di un sistema di gestione per la qualità, è una norma internazionale ad applicazione volontaria che contiene alcuni principi "di buona pratica", a carattere organizzativo. I principi contenuti nella norma (requisiti) sono molto generali e possono essere quindi applicati in organizzazioni di qualsiasi tipo e dimensione.

Per questo motivo i requisiti devono essere interpretati con riferimento alla realtà dell'organizzazione e applicati senza sovvertirne le attività.

L'utilizzo della norma ISO 9001 per la costruzione di sistemi di gestione per la qualità costituisce un'esperienza utile e positiva per un'organizzazione sanitaria, poiché:

- induce ad effettuare una riflessione riguardo a tutta l'attività dell'organizzazione e permette di evidenziare quali sono i punti di forza e di debolezza
- permette (e richiede) di standardizzare i comportamenti (la stessa attività deve essere svolta nello stesso modo da persone diverse e in tempi diversi)
- favorisce il coinvolgimento del personale e la condivisione di metodi e percorsi organizzativi
- permette di dare evidenza in modo trasparente del rationale che guida le scelte dell'organizzazione
- qualifica l'organizzazione verso l'esterno (l'ottenimento di una Certificazione costituisce un riconoscimento oggettivo ed obiettivo dell'utilizzo sistematico di un metodo di lavoro allineato alla norma ISO 9001)
- consente di attivare un sistema ad elevata trasferibilità
- a fronte di uno sforzo rilevante per l'implementazione e l'avvio del sistema, una volta effettuato il consolidamento dello stesso, si attiva un circolo virtuoso difficile da arrestare.

Standard Joint Commission

Nell'ambito delle organizzazioni sanitarie un approccio alla qualità particolarmente interessante è costituito dall'applicazione di standard individuati da Società Scientifiche internazionali.

L'esperienza più consolidata in questo campo è quella attuata dalla Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) che si incentra su un sistema finalizzato ad attribuire alle organizzazioni giudizi di valore che consentano di valutare l'efficacia delle performance, con particolare attenzione all'esito delle prestazioni sanitarie erogate.

La qualità, nell'ottica proposta da Joint Commission, si realizza attraverso programmi di miglioramento continuo gestiti sistematicamente e con una visione che tenga sempre conto della complessità aziendale e di tutte le sue componenti culturali e professionali.

L'approccio globale alla gestione e al miglioramento prevede la pianificazione strategica della qualità e della sicurezza aziendale, la progettazione di processi clinici e manageriali, il monitoraggio del livello di funzionamento dei processi attraverso la raccolta di indicatori, l'analisi dei dati, l'implementazione ed il sostegno dei cambiamenti che generano miglioramento.

Gli standard individuati sono raccolti in manuali che vengono periodicamente aggiornati e rivisti dal



Board tecnico della JCAHO.

Gli standard riportati nei manuali definiscono il livello di qualità attesa. Gli standard non indicano una misura (un numero), ma solo una sorta di "assioma" della qualità: se una determinata attività è eseguita come descritto dagli standard si può considerare di buona qualità. Ad ogni standard individuato è associato un intento: l'intento è una spiegazione del rationale di quello specifico standard e specifica per quale motivo esiste lo standard, ne descrive le componenti e ne illustra le relazioni.

Ad ogni standard sono inoltre associati uno o più elementi misurabili. Gli elementi misurabili sono delle sottostrutture dello standard stesso, che rendono esplicito ciò che viene valutato per definirne la compliance. Gli elementi misurabili potranno essere soddisfatti attraverso documenti e procedure, percorsi di formazione del personale, raccolta di indicatori, processi gestionali.

L'applicazione degli standard Joint Commission International (JCI) presenta aspetti molto diversi dall'utilizzo di altri strumenti di qualità come le norme ISO e The European Foundation for Quality Management Model (EFQM).

A differenza dei requisiti ISO, che indicano le modalità attraverso le quali raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione, gli standard Joint Commission identificano gli obiettivi stessi.

Tali obiettivi non sono da contestualizzare ma sono specifici per le organizzazioni sanitarie cui si riferiscono. Queste caratteristiche dell'approccio Joint Commission, e più in generale dell'istituto dell'accreditamento volontario professionale, ne permettono una più immediata e concreta attuazione nelle aziende sanitarie e favoriscono il coinvolgimento degli operatori sanitari.

I due strumenti sopra identificati possono essere integrati in un unico approccio.

Il sistema di gestione per la qualità ISO 9001 costituisce il supporto metodologico e operativo per le azioni/decisioni finalizzate ad ottemperare al contenuto degli standard Joint Commission; gli standard Joint Commission costituiscono una ulteriore modalità di esplicitazione degli obiettivi dell'organizzazione.

I due strumenti, pur nelle sostanziali differenze, costituiscono una interessante opportunità di razionalizzazione e valutazione delle attività svolte poiché consentono di mettere in luce sotto diversi punti di vista tutte le criticità e le potenzialità del sistema – organizzazione.

E' pertanto fondamentale comprendere che non esiste l'immaginario conflitto tra norme ISO e modelli di accreditamento all'eccellenza: il vero obiettivo non è sposare un modello piuttosto che un altro, è saper individuare e utilizzare lo strumento giusto, al momento giusto, in relazione agli obiettivi da raggiungere.

c) Il sistema qualità e rischio AREU: gli obiettivi e gli attori

Gli obiettivi

Obiettivo dell'AREU è di sviluppare e mantenere un sistema integrato di gestione della qualità e del rischio, nell'ambito delle Strutture/funzioni della Direzione e delle COEU/SOREU/AAT regionali, al fine di assicurare:

- il supporto metodologico necessario alla definizione e all'omogeneizzazione dei comportamenti organizzativi, gestionali e operativi nell'ambito dell'intera Azienda
- la rilevazione e l'analisi delle criticità; l'individuazione e l'attuazione di azioni finalizzate a evitare il loro ripetersi.

L'obiettivo sopra riportato è declinabile come segue:

- utilizzo di un metodo di lavoro comune all'interno di tutta l'organizzazione, finalizzato alla gestione delle attività in modo sistematico ed efficace

- condivisione degli obiettivi e del metodo di lavoro con gli attori del sistema, in modo da favorire il collegamento e l'integrazione dell'Azienda al contesto all'interno del quale la stessa opera
- omogeneizzazione dei comportamenti organizzativi, gestionali e operativi nell'ambito delle realtà regionali, pur nel rispetto delle specificità locali
- applicazione di strumenti e metodologie di miglioramento della qualità, quali la normativa ISO 9000 e gli standard di accreditamento volontario professionale
- effettuazione sistematica dell'attività di analisi dei dati attraverso l'utilizzo di opportuni indicatori, in riferimento alle diverse attività di competenza dell'AREU; definizione degli standard in relazione agli indicatori utilizzati, anche facendo riferimento a organismi internazionali promotori di progetti di accreditamento all'eccellenza
- utilizzo di una modalità omogenea di raccolta, analisi e gestione degli eventi critici e delle segnalazioni; identificazione e attuazione di opportune azioni correttive/preventive, condivise con gli attori del sistema
- promozione e diffusione, in ambito aziendale, della cultura della qualità e del rischio; sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori all'utilizzo degli strumenti di gestione della qualità e del rischio
- attivazione di processi di formazione, sensibilizzazione e comunicazione efficaci per consolidare i comportamenti organizzativi e la cultura dell'organizzazione stessa.

Gli attori

Il Nucleo Qualità e Gestione del Rischio (NQeGR)

Il Nucleo Qualità e Gestione del Rischio è stato istituito dalla Direzione Strategica AREU (con deliberazione AREU n. 40 del 26.03.2010) al fine di ottemperare a quanto previsto dalla Circolare regionale n. 46 del 27 dicembre 2004.

Al Nucleo sono attribuiti i seguenti compiti:

- pianificazione annuale delle attività finalizzate a promuovere il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e la riduzione del rischio clinico
- sintesi e riesame periodico delle iniziative effettuate in tema di miglioramento della qualità e gestione del rischio e delle segnalazioni raccolte (eventi sentinella, eventi avversi, reclami ...), al fine di favorire la diffusione delle informazioni relative alle attività dei gruppi di lavoro e dei dati raccolti
- promozione di strumenti e metodi di gestione integrata della qualità e del rischio
- promozione di iniziative di sensibilizzazione degli operatori, in relazione alle tematiche della qualità e del rischio.

Al Nucleo partecipano il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Risk Manager e Medico Legale, il Responsabile della Struttura Complessa Affari generali e legali, il Referente Qualità, il Responsabile della Struttura Complessa SITRA, il Responsabile della Struttura Semplice Prevenzione e protezione, un rappresentante del Broker aziendale, un rappresentante della Consulta del soccorso, tre medici e tre infermieri operanti nel sistema regionale, altri professionisti selezionati in relazione alle tematiche trattate.

Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

Il CVS è stato istituito dalla Direzione Strategica (con deliberazione AREU n. 40 del 26.03.2010) al fine di ottemperare a quanto previsto dalla Circolare regionale n. 46 del 27 dicembre 2004.

Al CVS sono attribuiti i seguenti compiti:

- valutazione degli eventi avversi (compresi gli eventi sentinella), dei near misses e delle segnalazioni effettuate dal personale che, con ogni qualifica e funzione, opera all'interno



dell'AREU, prendendo in esame, specificatamente, le segnalazioni di eventi corredati da richiesta di risarcimento danni (sinistri)

- valutazione delle segnalazioni dei pazienti/utenti e degli stakeholders, dei reclami e degli encomi
- analisi e valutazione delle informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri, garantendo anche il rispetto degli obiettivi riportati nella Circolare 46/SAN ed aumentando l'efficienza nella gestione e nell'evasione del sinistro stesso, in stretta collaborazione con il Broker e la compagnia d'assicurazione aziendale
- valutazione delle eventuali responsabilità che, qualora non correttamente gestite, potrebbero sfociare in un contenzioso giudiziario con conseguente aggravio dell'impatto economico e di immagine
- proposta alla Direzione Aziendale del comportamento da adottare (di opposizione o transattivo) nell'ambito delle richieste di risarcimento esaminate
- contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale.

Al CVS partecipano il Risk Manager (che assolve anche la funzione di Medico Legale), il Responsabile della Struttura Complessa Affari generali e legali, il Referente Qualità, un rappresentante del Broker aziendale, altri professionisti selezionati in relazione alle tematiche trattate.

All'interno del CVS operano i due Mediatori aziendali rappresentati dal Referente Qualità (Mediatore dei conflitti per Regione Lombardia) e del Risk Manager (Mediatore ex D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010).

La Segreteria del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

Con deliberazione AREU n. 40 del 26.03.2010 è stata istituita la "Segreteria del Comitato Valutazione Sinistri", a cui sono stati attribuiti i seguenti compiti:

- ricezione e presentazione al CVS degli eventi avversi (compresi gli eventi sentinella), dei near misses e delle segnalazioni effettuate dal personale che con ogni qualifica e funzione opera all'interno dell'AREU; predisposizione dei flussi informativi specifici, anche in ottemperanza alle indicazioni ministeriali
- raccolta e analisi delle segnalazioni degli utenti e degli stakeholders, dei reclami e degli encomi
- supporto organizzativo e operativo all'attività del CVS e del NQeGR.

La Segreteria del CVS è composta dal Risk Manager (che assolve anche la funzione di Medico Legale), dal Responsabile della Struttura Complessa Affari generali e legali e dal Referente Qualità.

Le Strutture Semplici "Qualità" e "Medicina legale e risk management"

Tali Strutture, espressamente previste da AREU (rif. D.G.R. n. VIII/6994 del 02.04.2008, D.G.R. n. IX/4637 del 28.12.2012) operano in modo coordinato e sinergico, nell'ambito delle indicazioni della Direzione Strategica; supportano e collaborano con la Direzione stessa, con le Strutture in line (in particolare con la Struttura Complessa Affari generali e legali e con la Direzione Sanitaria) e con le diverse realtà territoriali (COEU/SOREU/AAT) per il perseguimento degli obiettivi aziendali.

Caratteristiche peculiari di tali Strutture sono la trasversalità e l'interdisciplinarietà delle attività svolte, in un'ottica di gestione per processi.



Struttura Semplice Qualità

La Struttura Semplice Qualità si configura, all'interno dell'organizzazione aziendale, come un'articolazione atta a garantire, in attuazione della mission aziendale:

- il supporto metodologico per la predisposizione della documentazione prescrittiva (procedure, regolamenti ...) finalizzata a definire e omogeneizzare le modalità di gestione delle attività svolte, in sinergia con il supporto medico legale fornito dalla Struttura Semplice Medicina legale e risk management. Tale attività viene effettuata dedicando particolare attenzione ai processi/agli aspetti individuati come critici dall'applicazione di strumenti di analisi proattiva e reattiva del sistema
- l'applicazione armonica di strumenti e metodologie di miglioramento della qualità, quali la normativa ISO 9000 e gli standard di accreditamento volontario professionale (es. Joint Commission), con l'obiettivo di assicurare l'utilizzo di un metodo di lavoro comune e lo sfruttamento delle sinergie tra le diverse realtà aziendali
- la gestione, in sinergia con la Direzione Sanitaria aziendale e con la Struttura Semplice Medicina legale e risk management, della documentazione sanitaria relativa al soccorso extraospedaliero, per gli aspetti relativi alla definizione dei contenuti e dei principi generali di compilazione e utilizzo, alla verifica delle modalità di compilazione, all'analisi delle richieste di documentazione sanitaria avanzate da soggetti specifici
- lo sviluppo e il consolidamento di un sistema integrato di gestione della qualità e del rischio, in stretta collaborazione con la Struttura Semplice Medicina legale e risk management.

La Struttura Semplice Qualità assicura lo svolgimento delle seguenti attività:

- elaborazione, in collaborazione con la Struttura Semplice Medicina legale e risk management, del Programma aziendale della qualità e del rischio e esecuzione degli altri adempimenti previsti dalle Linee guida regionali inerenti l'attività di risk management
- applicazione di strumenti e metodologie di miglioramento della qualità
- predisposizione di documentazione prescrittiva (documenti, regolamenti, procedure...); supporto metodologico alle Strutture della Direzione e alle AAT/COEU/SOREU per la predisposizione di documentazione prescrittiva, anche in riferimento a requisiti e standard internazionali
- verifica delle modalità di compilazione della documentazione sanitaria del soccorso extraospedaliero, attraverso l'analisi dei dati; analisi e supporto all'evasione delle richieste di documentazione sanitaria avanzate da soggetti specifici
- svolgimento di eventi formativi e conduzione di gruppi di lavoro, focalizzati sulla tematica della qualità
- interfaccia con i Responsabili Qualità delle aziende sanitarie operanti nel sistema regionale; confronto e risoluzione di eventuali problematiche relative ad argomenti di interesse comune
- analisi degli eventi critici, in collaborazione con la Struttura Semplice Medicina legale e risk management, al fine di individuare le possibili azioni correttive e preventive e le opportunità di miglioramento.

Struttura Semplice Medicina legale e risk management

La Struttura Semplice Medicina legale e risk management si configura, all'interno dell'organizzazione aziendale, come un'articolazione atta a garantire, in attuazione della mission aziendale:

- il supporto e la competenza medico legale alle Strutture della Direzione AREU, in sinergia con il supporto metodologico fornito dalla Struttura Semplice Qualità, per la predisposizione della documentazione prescrittiva (procedure, regolamenti ...) finalizzata a definire e omogeneizzare le modalità di gestione delle attività svolte
- la competenza e l'esperienza in ambito assicurativo, specie per quanto concerne le polizze per la tutela della responsabilità professionale, per l'individuazione delle offerte di copertura assicurativa più adeguate alle esigenze aziendali e per la successiva gestione e corretto utilizzo delle polizze sottoscritte
- l'esperienza e la competenza nella valutazione delle situazioni critiche e a rischio di contenzioso conseguenti alle specifiche attività svolte dall'Azienda e nella gestione dei contenziosi attinenti alla responsabilità professionale sanitaria, sia in ambito giudiziario che extragiudiziario



- la gestione, in sinergia con la Direzione Sanitaria aziendale e con la Struttura Semplice Qualità, della documentazione sanitaria relativa al soccorso extraospedaliero, per gli aspetti relativi alla definizione dei contenuti e dei principi generali di compilazione e utilizzo, alla verifica delle modalità di compilazione, all'analisi delle richieste di documentazione sanitaria avanzate da soggetti specifici
- lo sviluppo e il consolidamento di un sistema integrato di gestione della qualità e del rischio, in stretta collaborazione con la Struttura Semplice Qualità.

La Struttura Semplice Medicina legale e risk management assicura lo svolgimento delle seguenti attività:

- elaborazione, in collaborazione con la Struttura Semplice Qualità, del Programma aziendale della qualità e del rischio ed esecuzione degli altri adempimenti previsti dalle Linee guida regionali inerenti l'attività di risk management
- analisi degli eventi critici, in collaborazione con la Struttura Semplice Qualità, al fine di individuare le possibili azioni correttive e preventive e le opportunità di miglioramento
- applicazione di strumenti e metodologie di miglioramento della qualità, in collaborazione con la Struttura Semplice Qualità, quali azioni correttive e preventive individuate a fronte degli eventi avversi rilevati o potenziali
- verifica delle modalità di compilazione della documentazione sanitaria del soccorso extraospedaliero, attraverso l'analisi dei dati; analisi e supporto all'evasione delle richieste di documentazione sanitaria avanzate da soggetti specifici
- svolgimento di eventi formativi e conduzione di gruppi di lavoro, focalizzati sulle tematiche di competenza del medico legale
- interfaccia con i Medici legali e i Risk Manager delle aziende sanitarie operanti nel sistema regionale; confronto e risoluzione di eventuali problematiche relative ad argomenti di interesse comune.

Il Laboratorio di Analisi e Sviluppo (LAS)

AREU ha promosso la costituzione di gruppi di lavoro finalizzati ad analizzare problematiche e a proporre soluzioni di miglioramento che siano il risultato di attente valutazioni e sperimentazioni effettuate all'interno del sistema di soccorso con il coinvolgimento principale e fondamentale di una parte rappresentativa degli operatori coinvolti nell'attività quotidiana. In virtù di tale mandato, i gruppi di lavoro sono stati denominati "Laboratori di Analisi e Sviluppo" (LAS).

I LAS sono composti da personale medico, infermieristico, tecnico e amministrativo che per l'esperienza maturata nell'ambito del sistema emergenza urgenza, è ritenuto esperto di particolari problematiche.

La Direzione AREU individua annualmente, in collaborazione con i Coordinatori dei LAS, gli argomenti da approfondire e le tematiche da sviluppare, declinando gli stessi all'interno di uno specifico mandato.

Si riporta di seguito l'elenco dei LAS:

- LAS n. 1 – Sviluppo del sistema informativo gestionale di COEU
- LAS n. 2 - Elisoccorso
- LAS n. 3 - Formazione
- LAS n. 5 - Benessere in emergenza
- LAS n. 6 - Soccorso in eventi straordinari
- LAS n. 7 – Valutazione della tecnologia.

Il gruppo "Metodo e Sinergie"

Il gruppo di lavoro "Metodo e Sinergie", composto da personale della Direzione AREU (Referente Qualità, Risk Manager, Dipartimento Organizzazione attività sanitarie, Struttura Complessa SITRA, Struttura Complessa Affari generali e legali, Struttura Complessa Sistemi informativi) e da uno/due rappresentanti di ogni realtà aziendale, ha l'obiettivo di creare una rete tra la Direzione AREU e le COEU/SOREU/AAT e tra le diverse COEU/SOREU/AAT finalizzata alla diffusione di un metodo di lavoro comune e alla gestione sinergica dei progetti di miglioramento della qualità e del rischio.



d) Sintesi dell'attività svolta nell'anno 2012

Si riporta di seguito una sintesi delle principali attività svolte dall'AREU nel corso del 2012, con riferimento alla gestione della qualità e del rischio.

Per facilitare la lettura, le stesse vengono elencate e descritte utilizzando, quale indice, gli obiettivi individuati nel "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012".



Applicazione degli standard Joint Commission

Nel corso del 2012 è stato consolidato il progetto di applicazione degli standard Joint Commission, attivato nel 2009.

In occasione della rendicontazione delle attività effettuate nel corso del 2012, per ognuno dei 77 standard è stato identificato il "grado di raggiungimento" attraverso l'assegnazione di un codice colore (verde = documentazione elaborata/attività effettuata, giallo = documentazione in corso di elaborazione/attività in corso di esecuzione, rosso = documentazione non elaborata/attività non effettuata).

E' stato quindi attribuito un punteggio ad ogni standard in relazione al codice colore assegnato, al fine di oggettivare il grado di raggiungimento dello stesso.

Tale punteggio è stato attribuito con le seguenti modalità:

- 1 per gli standard cui è stato associato un codice verde
- "x" per gli standard cui è stato associato un codice giallo, dove $0 < x < 1$
- 0 per gli standard cui è stato associato un codice rosso.

La percentuale di raggiungimento è calcolata con le seguenti modalità:

$$(73,5/77) \times 100 = 95,45\%$$

dove:

$73,5 = \sum$ punteggi assegnati agli standard

77 = numero standard identificati.

Pertanto, in relazione agli indicatori riportati nel "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012", si evidenzia quanto segue:

Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento (rif. "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012")
Incremento della percentuale di raggiungimento degli standard Joint Commission, rispetto all'anno 2011.

Risultato – Anno 2012

Completo raggiungimento del 95,45% degli standard identificati (+ 1,75 punti rispetto all'anno 2011).



Consolidamento delle modalità di gestione degli eventi avversi, dei near misses e dei sinistri

Nel corso del 2012 è stata consolidata l'applicazione della procedura "Gestione degli eventi avversi e dei near misses" (PRO 03).

La procedura, che ha per oggetto l'attività di gestione degli eventi avversi e dei near misses relativi all'attività di soccorso sanitario di emergenza e urgenza, descrive e regola il flusso delle attività, dal momento della rilevazione dell'evento critico all'attivazione delle azioni di miglioramento finalizzate ad evitare il ripetersi dell'evento/errore.

Si sottolinea che, nel corso del 2012, sono stati identificati, attraverso la D.G.R. n. IX/3591/2012 (recante il testo di convenzione tra AREU e Aziende Sanitarie del sistema) i principi e le responsabilità correlate alla gestione della qualità e del rischio nell'ambito delle COEU/SOREU/AAT regionali.

Report eventi/segnalazioni/ricieste di parere

Al 31 dicembre 2012 sono stati rilevati/e:

- 0 eventi sentinella
- 331 eventi/segnalazioni/ricieste di parere giuridico-amministrativo o tecnico-organizzativo (di cui 303 comunicati dalle AAT e 28 dalla Direzione AREU).

Numero eventi/segnalazioni/ricieste di parere medio mensile per AAT: $(331/12)/12 = 2,3$.

Tutti gli eventi/segnalazioni/ricieste di parere sono stati tutti discussi nell'ambito della Segreteria del CVS e portati, ove ritenuto opportuno, all'attenzione del CVS.

Dall'analisi degli eventi/segnalazioni/ricieste di parere e dei sinistri è possibile individuare le seguenti aree critiche per le quali risultano in corso di attuazione/attuate diverse azioni di miglioramento:

- gestione della documentazione sanitaria*
- modalità di esecuzione dell'intervista telefonica (con conseguente identificazione del codice di gravità dell'evento e del mezzo/dei mezzi di soccorso da attivare)*
- interfacce tra le diverse realtà regionali (COEU/AAT)
- situazioni di rifiuto trasporto/applicazione di presidi/prestazione sanitaria*
- gestione delle interfacce con la Continuità Assistenziale* e con i Medici di Medicina Generale.

* Area già individuata nel 2011

Nel prospetto seguente si riportano sinteticamente le azioni attuate nel 2012 e nei primi tre mesi del 2013 a fronte delle criticità emerse dall'analisi delle segnalazioni.

| Area critica | Azioni attuate/in corso di attuazione |
|---|---|
| <p>Gestione della documentazione sanitaria</p> | <p>Identificazione di modalità, omogenee su tutto il territorio regionale, per il rilascio di dati/informazioni e copia di documentazione sanitaria alle diverse tipologie di soggetti (utenti, Forze di Polizia Autorità Giudiziaria, Agenzie Investigative ...). In corso di aggiornamento la PRO 09 "Gestione della documentazione sanitaria". Analisi delle richieste di dati/informazioni/copia di documentazione sanitaria pervenute alle AAT nel corso dell'anno; introduzione a gennaio 2013 del MOD 62 "Prospetto riepilogativo richieste di documentazione sanitaria", finalizzato a riepilogare numero, tipologia e caratteristiche delle richieste, in modo da utilizzare le stesse quale elemento predittivo di possibili situazioni di contenzioso o quale strumento per la rilevazione delle criticità.</p> <p>Identificazione, all'interno della D.G.R. n. IX/3591/2012 (recante il testo di convenzione tra AREU e Aziende Sanitarie del sistema), dei principi e delle modalità di gestione della documentazione sanitaria (art. 7). Trasmissione, da parte della Direzione Sanitaria AREU, di una nota alle Direzioni Sanitarie delle Aziende regionali sede di Pronto Soccorso, per rimarcare la corretta modalità di gestione della documentazione 118 (rif. Nota Prot. AREU n. 244 del 21.01.2013). Trasmissione, da parte della Direzione AREU alle COEU/AAT, di indicazioni relative all'utilizzo e alla compilazione della documentazione sanitaria.</p> <p>Aggiornamento delle Relazioni di soccorso MSB e MSA/MSI regionali; predisposizione della documentazione dedicata alle maxiemergenze e ai grandi eventi (Relazione PMA, cartellino di triage ...).</p> <p>Predisposizione del DOC 47 "Indicazioni per l'utilizzo di EMMAWeb".</p> <p>Supporto alle COEU/AAT per l'evasione di richieste di dati/informazioni/copia di documentazione sanitaria (attività svolta, sinergicamente, dalle seguenti Strutture della Direzione AREU: Medicina legale e risk management, Qualità, Affari generali e legali).</p> <p>Effettuazione di momenti formativi e informativi dedicati. Preparazione di materiale (diapositive) inerenti le modalità di gestione della documentazione sanitaria rivolte ai soccorritori degli Enti/Associazioni di soccorso e agli operatori tecnici di nuova introduzione nelle COEU/SOREU regionali.</p> |
| <p>Modalità di esecuzione dell'intervista telefonica (con conseguente identificazione del codice di gravità dell'evento e del mezzo/dei mezzi di soccorso da attivare)</p> | <p>Aggiornamento della IOP 12 "Utilizzo del filtro di primo livello". Introduzione del filtro nelle COEU di BG, BS e CO (2012), CR e SO (2013).</p> <p>Continua analisi dell'utilizzo del filtro da parte di un gruppo di lavoro dedicato.</p> <p>Predisposizione di report giornalieri e settimanali di compilazione (relativi alla COEU e al singolo operatore).</p> <p>Predisposizione (in bozza) del DOC 74 "Criteri di attivazione dei MSA", da affiancare al DOC 14 "Criteri di attivazione del MSI".</p> <p>Predisposizione del DOC 48 "I MSB a due soccorritori" e della IOP 15 "Indicazioni per l'impiego dei MSB a due soccorritori".</p> |
| <p>Interfacce tra le diverse realtà regionali</p> | <p>Effettuazione sistematica di momenti di confronto e condivisione. Continuità operativa del gruppo "Metodo e Sinergie" e dei LAS.</p> <p>Aggiornamento PRO 21 "Modalità per la gestione condivisa dei mezzi di soccorso"; in corso di aggiornamento la IOP 13 "Modalità tecnico - informatiche per l'accesso all'applicativo gestionale di un'altra COEU per attività medica di supporto".</p> <p>Definizione di compiti e responsabilità delle diverse figure operanti nel sistema (Es. Medico di COEU, infermiere di COEU, operatore tecnico di COEU, infermiere sui mezzi di soccorso, autista ...) attraverso la redazione di job description dettagliate.</p> |

| Area critica | Azioni attuate/in corso di attuazione |
|--|---|
| Situazioni di rifiuto trasporto/applicazione di presidi/prestazione sanitaria | Aggiornamento della IOP 05 "Rifiuto trasporto" (integrata dalle indicazioni inerenti le modalità operative da attuare in casi di rifiuto soccorso, rifiuto presidio/prestazione sanitaria, non necessità di trasporto). Effettuazione di momenti formativi e informativi dedicati. |
| Gestione delle interfacce con la Continuità Assistenziale e con i Medici di Medicina Generale | In corso accordi con la Continuità Assistenziale, finalizzati alla definizione delle modalità operative di interfaccia con il sistema di emergenza urgenza extraospedaliera. Gestione, in sinergia con la Direzione Sanitaria, di situazioni specifiche. |

Report sinistri

Al 31 dicembre 2012, si rileva la presenza di 8 sinistri aperti, di cui:

- 2 senza seguito (il primo riferito a un evento accaduto nel 2008, il secondo a un evento accaduto nel 2009)
- 6 attivi, dei quali:
 - 1 riferito a un evento accaduto nel 2009
 - 2 riferiti a eventi accaduti nel 2010
 - 2 riferiti a eventi accaduti nel 2011
 - 1 riferito a un evento accaduto nel 2012.

Pertanto, in relazione agli indicatori riportati nel "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012", si evidenzia quanto segue:

Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento (rif. "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012")

- a. Effettuazione di almeno 6 riunioni del CVS nel corso del 2012.
- b. Consolidamento dell'utilizzo della PRO 03 e del MOD 13.

Risultato – Anno 2012

- a. Effettuazione di 4 riunioni del CVS nel corso del 2012. Incontri almeno mensili della Segreteria del CVS.
- b. Consolidamento dell'utilizzo della PRO 03 e del MOD 13, anche attraverso lo svolgimento di momenti formativi e informativi dedicati.



Utilizzo sistematico degli indicatori individuati

Nel corso del 2012 è stato effettuato un aggiornamento del DOC 11 "Elenco indicatori".

Il documento individua il set di indicatori, logistico – organizzativi e sanitari, da calcolare sistematicamente al fine di valutare l'andamento del sistema regionale di emergenza - urgenza, anche alla luce dell'introduzione di nuove modalità operative e delle modifiche apportate al modello organizzativo.

I risultati degli indicatori individuati, corredati da tabelle riepilogative e grafici, sono pubblicati, in tempo reale, su un portale informatico a disposizione della Direzione AREU e delle AAT regionali.

Pertanto, in relazione agli indicatori riportati nel "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012", si evidenzia quanto segue.

Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento (rif. "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012")

- a. Effettuazione, nel corso dell'anno, di due momenti di condivisione dei risultati degli indicatori con gli operatori delle AAT regionali (Responsabili e Coordinatori infermieristici di AAT, componenti del gruppo "Metodo e Sinergie").
- b. Effettuazione di quanto previsto dal progetto operativo di risk management "Individuazione e calcolo di indicatori riguardanti le modalità di compilazione della documentazione sanitaria (rif. applicativo gestionale di Centrale Operativa), diffusione dei risultati nell'ambito delle Centrali Operative e AAT (Articolazioni Aziendali Territoriali) regionali, discussione finalizzata all'individuazione di azioni preventive/correttive (puntuali o trasversali)".

Risultato – Anno 2012

- a. Effettuazione, nel corso dell'anno, di diversi momenti di condivisione dei risultati degli indicatori con gli operatori delle AAT regionali (discussione in occasione di 7 incontri del gruppo "Metodo e Sinergie", 4 momenti dedicati rivolti a Responsabili e Coordinatori infermieristici di AAT).
- b. Effettuato quanto previsto dal progetto operativo di risk management "Individuazione e calcolo di indicatori riguardanti le modalità di compilazione della documentazione sanitaria (...)".

Consolidamento delle modalità di gestione della documentazione sanitaria

Nel corso del 2012 e nei primi mesi del 2013 sono state effettuate le seguenti attività:

- identificazione di modalità, omogenee su tutto il territorio regionale, per il rilascio di dati/informazioni e copia di documentazione sanitaria alle diverse tipologie di soggetti (utenti, Forze di Polizia Autorità Giudiziaria, Agenzie Investigative ...); in corso di aggiornamento la PRO 09 "Gestione della documentazione sanitaria"
- affiancamento del personale delle AAT, da parte della Direzione AREU, nella trattazione di alcuni casi particolari inerenti la conservazione e il rilascio di copia di documentazione sanitaria
- analisi delle richieste di dati/informazioni/copia di documentazione sanitaria pervenute alle AAT nel corso dell'anno; introduzione a gennaio 2013 del MOD 62 "Prospetto riepilogativo richieste di documentazione sanitaria", finalizzato a riepilogare numero, tipologia e caratteristiche delle richieste, in modo da utilizzare le stesse quale elemento predittivo di possibili situazioni di contenzioso o quale strumento per la rilevazione delle criticità
- identificazione, all'interno della D.G.R. n. IX/3591/2012 (recante il testo di convenzione tra AREU e Aziende Sanitarie del sistema), dei principi e delle modalità di gestione della documentazione sanitaria (art. 7). Trasmissione, da parte della Direzione Sanitaria AREU, di una nota alle Direzioni Sanitarie delle Aziende regionali sede di Pronto Soccorso, per rimarcare la corretta modalità di gestione della documentazione 118 (rif. Nota Prot. AREU n. 244 del 21.01.2013)
- elaborazione/aggiornamento di documentazione finalizzata a definire le modalità di utilizzo del sistema informatico di gestione del soccorso
- monitoraggio del grado di compilazione di alcuni campi informativi dell'applicativo gestionale di COEU, attraverso il calcolo di specifici indicatori
- predisposizione del DOC 47 "Indicazioni per l'utilizzo di EMMAWeb"
- aggiornamento delle Relazioni di soccorso MSB e MSA/MSI, alla luce dei rilievi effettuati dal personale operante presso le AAT regionali dopo i primi mesi di utilizzo; predisposizione della modulistica da utilizzare nei PMA regionali
- effettuazione di attività di sensibilizzazione e formazione del personale delle AAT, in relazione al tema della documentazione sanitaria (compilazione, gestione, conservazione, rilascio di copia), attraverso i componenti del gruppo "Metodo e Sinergie" e nell'ambito di momenti formativi e informativi dedicati
- preparazione di materiale (diapositive) inerenti le modalità di gestione della documentazione sanitaria rivolte ai soccorritori degli Enti/Associazioni di soccorso e agli operatori tecnici di nuova introduzione nelle COEU/SOREU regionali
- trasmissione, da parte della Direzione AREU alle COEU/AAT, di indicazioni relative all'utilizzo e alla compilazione della documentazione sanitaria.

Pertanto, in relazione agli indicatori riportati nel "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012", si evidenzia quanto segue.

Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento (rif. "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012")

- a. Aggiornamento delle Relazioni di soccorso MSB e MSA/MSI, alla luce dei rilievi effettuati dal personale operante presso le AAT regionali dopo i primi mesi di utilizzo.
- b. Predisposizione della modulistica da utilizzare nei PMA regionali.
- c. Effettuazione di quanto previsto dal progetto operativo di risk management "Individuazione e calcolo di indicatori riguardanti le modalità di compilazione della documentazione sanitaria (rif. applicativo gestionale di Centrale Operativa), diffusione dei risultati nell'ambito delle Centrali Operative e AAT (Articolazioni Aziendali Territoriali) regionali, discussione finalizzata all'individuazione di azioni preventive/correttive (puntuali o trasversali)".

Risultato – Anno 2012

- a. Effettuato l'aggiornamento delle Relazioni di soccorso MSB e MSA/MSI regionali, alla luce dei rilievi effettuati dal personale operante presso le AAT regionali dopo i primi mesi di utilizzo.
- b. Predisposta la modulistica da utilizzare nei PMA regionali.
- c. Effettuato quanto previsto dal progetto operativo di risk management "Individuazione e calcolo di indicatori riguardanti le modalità di compilazione della documentazione sanitaria (...).



Mantenimento della Certificazione ISO 9001:2008 dell'attività formativa

In considerazione della fondamentale importanza della formazione nell'ambito del sistema emergenza urgenza e nell'ottica di acquisire lo status di provider ECM regionale, la Direzione Strategica AREU, nel corso del 2010, ha implementato il sistema di gestione per la qualità in relazione alle attività di:

- elaborazione del Piano di Formazione Aziendale
- progettazione, erogazione, rendicontazione e valutazione degli eventi formativi organizzati dalla Direzione AREU.

In data 28 marzo 2011 è stata effettuata verifica di certificazione, con esito positivo.

In data 23 marzo 2012 è stata effettuata la prima verifica di sorveglianza, con esito positivo.

In data 15 marzo 2013 è stata effettuata la seconda verifica di sorveglianza, con esito positivo.

Pertanto, in relazione agli indicatori riportati nel "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012", si evidenzia quanto segue.

Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento (rif. "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012")

- a. Effettuazione della prima verifica di sorveglianza entro il 31.03.2012.
- b. Esito positivo della prima verifica di sorveglianza.

Risultato – Anno 2012

- a. b. Effettuazione della prima verifica di sorveglianza ISO 9001:2008, con esito positivo, in data 23.03.2012.



Attivazione del percorso di certificazione ISO 9001:2008 dell'attività di gestione della documentazione sanitaria nell'ambito del sistema regionale di emergenza – urgenza

La Direzione AREU, dopo un'analisi di opportunità, ha stabilito di non attivare il percorso di certificazione ISO 9001:2008 dell'attività di gestione della documentazione sanitaria fino al completamento del percorso di riorganizzazione del sistema regionale di soccorso extraospedaliero di emergenza urgenza (rif. D.G.R. n. IX/4967 del 28.02.2013 "Riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in attuazione delle D.G.R. n. IX/1964/2011 e n. IX/3591/2012 e determinazioni conseguenti", D.G.R. n. IX/1964 del 6 luglio 2011 "Soccorso sanitario extraospedaliero – aggiornamento D.G.R. n. 37434 del 17.7.1998, n. VI/45819 del 22.10.1999, n. VII/16484 del 23.2.2004 e n. VII/1743 del 18.1.2006", D.G.R. n. IX/3591 del 06.06.2012 "Determinazioni in ordine alla stipula di convenzioni tra l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le aziende sanitarie pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera").

Come dimostrato da quanto riportato al punto precedente, l'attenzione è stata comunque focalizzata sulle attività relative alla documentazione sanitaria, ancorché non inserite in un formale percorso di certificazione ISO, anche nell'ambito del percorso di riorganizzazione del sistema regionale.

Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento (rif. "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012")

- a. Effettuazione di almeno tre verifiche ispettive interne presso le AAT/COEU regionali, in relazione al dominio del progetto di certificazione.
- b. Individuazione dell'Organismo di certificazione incaricato dell'esecuzione delle verifiche entro il 31.12.2012.

Risultato – Anno 2012

Attività rinviata.

Predisposizione e condivisione di documentazione prescrittiva (procedure, istruzioni operative ...) finalizzata a regolamentare le attività individuate come critiche

Nel corso del 2012 è proseguita l'attività di predisposizione e aggiornamento della documentazione prescrittiva finalizzata a regolamentare le attività individuate come critiche e a omogeneizzare i percorsi organizzativi e i protocolli operativi in relazione alle diverse attività svolte.

Si riportano di seguito i riferimenti ad alcuni documenti elaborati/aggiornati nel corso del 2012.

- DOC 41 "Piano di inserimento del personale tecnico addetto alla gestione degli interventi di soccorso"
- DOC 45 "Indicazioni per la redazione delle procedure di attivazione e facilitazione dei soccorsi sanitari relative alle aree di cantiere"
- DOC 47 "Indicazioni per l'utilizzo di EMMAWeb"
- PRO 25 "Indicazioni per la verifica del materiale sanitario dei mezzi di soccorso"
- PRO 29 "Gestione dell'intervento di soccorso per incidente subacqueo"
- IOP 05 "Rifiuto trasporto" (aggiornamento)
- IOP 12 "Utilizzo del filtro di primo livello" (aggiornamento)
- IOP 16 "Trasporto familiari/accompagnatori dei Pazienti"
- IOP 17 "Verifica MSB convenzionati".

Pertanto, in relazione agli indicatori riportati nel "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012", si evidenzia quanto segue.

Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento (rif. "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012")

- a. Effettuazione di almeno 11 riunioni del gruppo "Metodo e Sinergie" nel corso del 2012.
- b. Pubblicazione nella sezione riservata del sito Internet AREU della documentazione prescrittiva predisposta dalla Direzione AREU e di interesse per le AAT.
- c. Effettuazione di quanto previsto dal progetto operativo di risk management "Redazione, condivisione e diffusione della procedura inerente le attività di detersione e disinfezione dei mezzi di soccorso e delle attrezzature presenti sugli stessi, nell'ambito del soccorso sanitario territoriale di emergenza urgenza."

Risultato – Anno 2012

- a. Il gruppo "Metodo e Sinergie" nel corso del 2012 ha effettuato 9 riunioni, per un totale di 24,5 ore di attività.
- b. Pubblicazione della documentazione prescrittiva predisposta dalla Direzione AREU di interesse per le AAT in una sezione riservata del sito Internet AREU
- d. Effettuato quanto previsto dal progetto operativo di risk management "Redazione, condivisione e diffusione della procedura inerente le attività di detersione e disinfezione dei mezzi di soccorso e delle attrezzature presenti sugli stessi, nell'ambito del soccorso sanitario territoriale di emergenza urgenza."

Effettuazione di attività formativa inerente la qualità e il rischio

Nell'ambito del 2012 sono stati effettuati i seguenti eventi formativi inerenti le tematiche della qualità e del rischio:

- evento formativo residenziale "Il sistema qualità&rischio AREU (corso base)"
- evento formativo residenziale "Il sistema qualità&rischio AREU (corso avanzato)"
- evento formativo residenziale "Verifiche ispettive interne"
- gruppo di miglioramento "Metodo e Sinergie"
- 4 incontri di sensibilizzazione e formazione effettuati presso le COEU di Como, Monza e Brianza, Mantova e Pavia (un incontro per COEU), inerenti la gestione del rischio
- 3 incontri di sensibilizzazione e formazione effettuati presso la COEU di Bergamo, inerenti la qualità e la gestione del rischio.

Si riportano nel prospetto seguente le informazioni relative alle iniziative svolte*.

| Iniziativa formativa | Numero edizioni/incontri effettuate/i | Durata (ore complessive) | Numero partecipanti |
|--|---------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| "Il sistema qualità&rischio AREU (corso base)" | 1 | 8 | 12 |
| "Il sistema qualità&rischio AREU (corso avanzato)" | 1 | 16 | 20 |
| "Verifiche Ispettive Interne" | 1 | 8 | 6 |
| "Metodo e Sinergie" | 9 | 24,5 | 24 |
| Incontri di sensibilizzazione e formazione presso le COEU di CO, MB, MN e PV | 4 | 26 | 52 |
| Incontri di sensibilizzazione e formazione presso la COEU di BG | 3 | 12 | 45 |
| Totale | 19 | 94,5 | 159 |

* Dati forniti dalla Struttura Semplice Formazione AREU, dopo la chiusura delle attività di rendicontazione inerenti gli interventi formativi svolti nel 2012

Pertanto, in relazione agli indicatori riportati nel "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012", si evidenzia quanto segue.



Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento (rif. "Programma di gestione della qualità e del rischio 2012")

Effettuazione degli eventi formativi/gruppi di miglioramento inerenti le tematiche della qualità e del rischio inseriti nel Piano di Formazione Aziendale AREU 2012.

Risultato – Anno 2012

Effettuazione degli eventi formativi/gruppi di miglioramento inerenti le tematiche della qualità e del rischio come specificato nel prospetto sopra riportato, ad esclusione dell'evento residenziale "Gestione delle problematiche della sicurezza negli interventi di soccorso" non effettuato per problematiche organizzative.



e) Gli obiettivi 2013 e l'individuazione delle azioni.

Si riportano di seguito gli obiettivi AREU per l'anno 2013, in relazione alla gestione della qualità e del rischio. Tali obiettivi danno attuazione agli indirizzi ministeriali e regionali in tema di qualità e gestione del rischio, a quanto indicato nella D.G.R. n.VIII/6994 del 02.04.2008 "Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) in attuazione della L.R. 12 dicembre 2007 n. 32 (...)" e agli obiettivi strategici aziendali.

Si precisa che tali obiettivi si ricollegano agli obiettivi assegnati dalla Direzione AREU alle SOREU/AAT per l'anno 2013.

| |
|--|
| Obiettivo n. 1 |
| Applicazione degli standard Joint Commission |
| <p>Descrizione</p> <p>Il presente obiettivo si concretizza nell'applicazione, nell'ambito della Direzione AREU e delle AAT, degli standard Joint Commission identificati da AREU nel triennio 2009 – 2011 (77 standard). In relazione a tali standard e nel quadro degli obiettivi aziendali, dovranno essere consolidate e perfezionate le attività poste in essere nel precedente quadriennio in risposta ai 77 standard; parallelamente, sempre nel quadro degli obiettivi e delle priorità aziendali, dovrà essere data completa applicazione agli standard valutati come "parzialmente raggiunti" al 31 dicembre 2012. Le tematiche principali affrontate dagli standard sono riprese negli obiettivi di seguito specificati.</p> |
| <p>Principali documenti di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> o D.G.R. n. VIII/6994 del 02.04.2008 "Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) in attuazione della L.R. 12 dicembre 2007 n. 32 (...)" o D.G.R. n. IX/3591 del 06.06.2012 "Determinazioni in ordine alla stipula di convenzioni tra l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le aziende sanitarie pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera". o Deliberazione AREU n. 40 del 26.03.2010 "Nucleo Qualità e Gestione del Rischio (NQeGR) e Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" o Joint Commission International Accreditation Standards for Medical Transport Organizations. January 2003 o DOC 03 "Standard Joint Commission AREU". |
| <p>Tempistica di realizzazione</p> <p>Gennaio 2013 – Dicembre 2013.</p> |
| <p>Attori coinvolti</p> <p>S.S. Qualità, S.S. Medicina legale e risk management, Dipartimento Organizzazione attività sanitarie, S.C. SITRA, S.C. Sistemi informativi, gruppo "Metodo e Sinergie", LAS.</p> |
| <p>Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento</p> <p>Incremento della percentuale di raggiungimento degli standard Joint Commission, rispetto all'anno 2012.</p> |
| <p>Note</p> <p>--</p> |

| |
|---|
| Obiettivo n. 2 |
| Consolidamento delle modalità di gestione degli eventi avversi, dei near misses e dei sinistri |
| <p>Descrizione</p> <p>Il presente obiettivo si concretizza nel consolidamento, nell'ambito delle Strutture/funzioni della Direzione AREU e delle COEU/SOREU/AAT, delle modalità di gestione degli eventi avversi (compresi gli eventi sentinella), dei near misses e dei sinistri attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> o la continua operatività della Segreteria del CVS e del CVS o l'utilizzo sistematico della PRO 03 "Gestione degli eventi avversi e dei near misses" (inerente modalità di segnalazione, raccolta, analisi e gestione delle criticità) o la sensibilizzazione e la formazione del personale in relazione al tema del rischio. |
| <p>Principali documenti di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> o Circolare n. 46 del 27.12.2004 Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario. Direzione Generale Sanità. Regione Lombardia o Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella. Luglio 2009 o Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico. Root Cause Analysis – RCA (Analisi delle cause profonde). Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Settembre 2009. Volume I o Decreto 11.12.2009 – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali o D.G.R. n. IX/3591 del 06.06.2012 "Determinazioni in ordine alla stipula di convenzioni tra l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le aziende sanitarie pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera". o Linee Guida attività di Risk Management – Anno 2013. Nota della D.G.S. del 13.12.2012 o Deliberazione AREU n. 40 del 26.03.2010 "Nucleo Qualità e Gestione del Rischio (NQeGR) e Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" o PRO 03 "Gestione degli eventi avversi e dei near misses" o MOD 13 "Scheda segnalazione evento avverso/near miss". |
| <p>Tempistica di realizzazione</p> <p>Gennaio 2013 – Dicembre 2013.</p> |
| <p>Attori coinvolti</p> <p>Nucleo Qualità e Gestione del Rischio, CVS, Segreteria del CVS, Strutture/funzioni della Direzione AREU in relazione alle specifiche competenze, gruppo "Metodo e Sinergie", Responsabile e Coordinatore infermieristico di COEU/SOREU/AAT.</p> |
| <p>Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento</p> <p>a. Effettuazione di almeno 6 riunioni del CVS, nel corso del 2013. b. Effettuazione di incontri mensili della Segreteria del CVS, nel corso del 2013.</p> |
| <p>Note</p> <p>--</p> |

| |
|--|
| Obiettivo n. 3 |
| Utilizzo dello strumento informatico "Portale SAS" per la diffusione e la condivisione dei dati di attività |
| <p>Il presente obiettivo si concretizza nell'utilizzo dello strumento informatico "Portale SAS" di AREU per la diffusione e la condivisione dei dati di attività nell'ambito delle COEU/SOREU/AAT regionali, anche al fine di monitorare l'andamento dell'applicazione del percorso di riorganizzazione del sistema sanitario extraospedaliero di emergenza urgenza.</p> |
| <p>Principali documenti di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> o Decreto 17.12.2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" - Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali o Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" o D.G.R. n. IX/1964 del 6 luglio 2011 "Soccorso sanitario extraospedaliero – aggiornamento D.G.R. n. 37434 del 17.7.1998, n. VI/45819 del 22.10.1999, n. VII/16484 del 23.2.2004 e n. VII/1743 del 18.1.2006". o D.G.R. n. IX/4967 del 28.02.2013 "Riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in attuazione delle D.G.R. n. IX/1964/2011 e n. IX/3591/2012 e determinazioni conseguenti". o Norma ISO 9001:2008 o DOC 03 "Standard Joint Commission AREU" o DOC 11 AREU "Elenco indicatori". |
| <p>Tempistica di realizzazione Gennaio 2013 – Dicembre 2013.</p> |
| <p>Attori coinvolti Tutto il personale della Direzione AREU e tutto il personale delle COEU/SOREU/AAT.</p> |
| <p>Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Consolidamento dell'utilizzo del Portale SAS da parte della Direzione AREU e delle COEU/SOREU/AAT regionali. b. Condivisione delle valutazioni espresse in relazione ai dati di attività e identificazione di spunti di miglioramento (predisposizione di relazioni di sintesi delle riunioni interne). |
| <p>Note --</p> |

| |
|---|
| Obiettivo n. 4 |
| Consolidamento delle modalità di gestione della documentazione sanitaria |
| <p>Descrizione</p> <p>Il presente obiettivo si concretizza nel/nella:</p> <ul style="list-style-type: none"> o approvazione e formale diffusione della nuova revisione della PRO 09 "Gestione della documentazione sanitaria" o analisi mensile, da parte della Direzione AREU, delle richieste di rilascio di dati/informazioni/copia di documentazione sanitaria pervenute alle AAT (trasmesse dalle stesse alla Direzione AREU attraverso il MOD 62) o elaborazione/aggiornamento della documentazione finalizzata a definire le modalità di utilizzo del sistema informatico di gestione del soccorso o effettuazione di attività di sensibilizzazione e formazione del personale, in relazione al tema della documentazione sanitaria (compilazione, gestione, conservazione, rilascio di copia). |
| <p>Principali documenti di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> o Decreto 17.12.2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" - Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali o D.G.R. n. IX/3591 del 06.06.2012 "Determinazioni in ordine alla stipula di convenzioni tra l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le aziende sanitarie pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera". o D.G.R. n. IX/4659 del 09.01.2013 "Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria" o Linee Guida attività di Risk Management – Anno 2013. Nota della D.G.S. del 13.12.2012 o DOC 12 "Utilizzo del sistema informatico per la gestione degli eventi" o PRO 09 "Gestione della documentazione sanitaria" o MOD 62 "Prospetto riepilogativo richieste di documentazione sanitaria". |
| <p>Tempistica di realizzazione</p> <p>Gennaio 2013 – Dicembre 2013.</p> |
| <p>Attori coinvolti</p> <p>S.S. Medicina legale e risk management, S.S. Qualità, S.C. Affari generali e legali (Segreteria CVS), gruppo "Metodo e Sinergie", Responsabili e Coordinatori infermieristici delle COEU/SOREU/AAT regionali.</p> |
| <p>Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento</p> <p>a. Approvazione e formale diffusione della nuova revisione della PRO 09 "Gestione della documentazione sanitaria".</p> <p>b. Analisi mensile, da parte della Segreteria del CVS delle richieste di rilascio di dati/informazioni/copia di documentazione sanitaria pervenute alle AAT.</p> <p>c. Effettuazione di quanto previsto dal progetto operativo di risk management "Definizione delle modalità di rilascio di dati e informazioni e di copia di documentazione sanitaria alle diverse tipologie di richiedenti".</p> |
| <p>Note</p> <p>Tale obiettivo si ricollega al progetto operativo di risk management identificato in applicazione di quanto specificato nella nota della D.G.S. del 13.12.2012 "Linee Guida attività di Risk Management – Anno 2013".</p> |

| |
|---|
| Obiettivo n. 5 |
| Mantenimento della Certificazione ISO 9001:2008 dell'attività formativa |
| <p>Descrizione</p> <p>Il presente obiettivo si concretizza nel mantenimento del sistema di gestione per la qualità ISO 9001:2008, in relazione alle attività di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ elaborazione del Piano di Formazione Aziendale ○ progettazione, erogazione, rendicontazione e valutazione degli eventi formativi organizzati dalla Direzione AREU. |
| <p>Principali documenti di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ D.G.R. n. VIII/6994 del 02.04.2008 "Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) in attuazione della L.R. 12 dicembre 2007 n. 32 (...)" ○ Norma ISO 9001:2008 ○ DOC 26 "Manuale Qualità – Attività formativa AREU" ○ PRO 17 "Rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi e predisposizione del Piano di Formazione Aziendale" ○ PRO 18 "Progettazione, realizzazione e valutazione degli eventi formativi". |
| <p>Tempistica di realizzazione</p> <p>Gennaio 2013 – Dicembre 2013.</p> |
| <p>Attori coinvolti</p> <p>S.S. Formazione, S.S. Qualità, S.S. SITRA, Direzione Sanitaria.</p> |
| <p>Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento</p> <p>a. Effettuazione della seconda verifica di sorveglianza entro il 31.03.2013. b. Esito positivo della seconda verifica di sorveglianza.</p> |
| <p>Note</p> <p>--</p> |

| |
|---|
| Obiettivo n. 6 |
| Predisposizione e condivisione di documentazione prescrittiva (procedure, istruzioni operative ...) finalizzata a regolamentare le attività individuate come critiche |
| <p>Descrizione</p> <p>Il presente obiettivo si concretizza nella predisposizione/aggiornamento di documentazione prescrittiva (procedure, istruzioni operative ...), a valenza prevalentemente regionale, al fine di regolamentare le attività/gli aspetti individuati come critici nell'ambito del sistema regionale di emergenza urgenza.</p> <p>La valutazione della criticità di una attività o di uno specifico aspetto di una attività deriva dall'utilizzo di strumenti di analisi proattiva e reattiva del sistema.</p> <p>La redazione e la condivisione di documentazione prescrittiva, attraverso i gruppi di lavoro costituiti in seno alla Direzione AREU, costituisce uno strumento per:</p> <ul style="list-style-type: none"> o il raggiungimento di un elevato livello di omogeneità nell'ambito delle diverse attività svolte dall'AREU, evitando che le stesse vengano svolte in modo disallineato nell'ambito dell'intera Regione a causa dell'assenza di riferimenti o diffondere, in ambito aziendale, la cultura della qualità e del rischio, attraverso il coinvolgimento e la formazione degli operatori. |
| <p>Principali documenti di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> o D.G.R. n.VIII/6994 del 02.04.2008 "Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) in attuazione della L.R. 12 dicembre 2007 n. 32 (...)" o D.G.R. n. IX/3591 del 06.06.2012 "Determinazioni in ordine alla stipula di convenzioni tra l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le aziende sanitarie pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera". o D.G.R. n. IX/4637 del 28.12.2012 "Determinazioni in ordine al Piano di organizzazione aziendale dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza ai sensi e per gli effetti del sesto comma dell'art. 18 della Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009". o D.G.R. n. IX/4659 del 09.01.2013 "Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria" o Linee Guida attività di Risk Management – Anno 2013. Nota della D.G.S. del 13.12.2012 o Norma ISO 9001:2008 o DOC 03 "Standard Joint Commission AREU" o DOC 11 AREU "Elenco indicatori". |
| <p>Tempistica di realizzazione</p> <p>Gennaio 2013 – Dicembre 2013.</p> |
| <p>Attori coinvolti</p> <p>Strutture/funzioni della Direzione AREU, in relazione alle specifiche competenze, gruppo "Metodo e Sinergie", LAS, Responsabile e Coordinatore infermieristico di AAT.</p> |
| <p>Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento</p> <p>a. Effettuazione di almeno 6 riunioni del gruppo "Metodo e Sinergie" nel corso del 2013.</p> <p>b. Pubblicazione, nella sezione riservata del sito Internet AREU, della documentazione prescrittiva predisposta dalla Direzione AREU di interesse per le COEU/SOREU/AAT e/o per gli Enti/Associazioni di soccorso.</p> |
| <p>Note</p> <p>--</p> |

| |
|---|
| Obiettivo n. 7 |
| Svolgimento di iniziative formative inerenti la qualità e la gestione del rischio |
| <p>Descrizione</p> <p>Il presente obiettivo si concretizza nello svolgimento di iniziative formative, rivolte al personale della Direzione AREU e al personale delle AAT, inerenti le tematiche della qualità e del rischio. Si riporta alla pagina seguente un prospetto sintetico recante l'elenco degli eventi pianificati.</p> |
| <p>Principali documenti di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> o D.G.R. n. VIII/6994 del 02.04.2008 "Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) in attuazione della L.R. 12 dicembre 2007 n. 32 (...)" o Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" o D.G.R. n. IX/3591 del 06.06.2012 "Determinazioni in ordine alla stipula di convenzioni tra l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le aziende sanitarie pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera". o D.G.R. n. IX/4637 del 28.12.2012 "Determinazioni in ordine al Piano di organizzazione aziendale dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza ai sensi e per gli effetti del sesto comma dell'art. 18 della Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009". o D.G.R. n. IX/4659 del 09.01.2013 "Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria" o Linee Guida attività di Risk Management – Anno 2013. Nota della D.G.S. del 13.12.2012 o Deliberazione AREU n. 19 del 31.01.2013 "Approvazione del Piano di Formazione Aziendale Anno 2013" o Norma ISO 9001:2008 o DOC 03 "Standard Joint Commission AREU". |
| <p>Tempistica di realizzazione</p> <p>Gennaio 2013 – Dicembre 2013.</p> |
| <p>Attori coinvolti</p> <p>S.S. Medicina legale e risk management, S.S. Qualità, S.C. Affari generali e legali, S.S. Formazione, gruppo "Metodo e Sinergie".</p> |
| <p>Indicatori per il monitoraggio del raggiungimento</p> <p>Effettuazione degli eventi formativi/gruppi di miglioramento, inerenti le tematiche della qualità e del rischio, riportati nel prospetto alla pagina seguente.</p> |
| <p>Note</p> <p>--</p> |

| Titolo iniziativa formativa | Tematiche affrontate/Obiettivi | Nr. massimo partecipanti | Nr. edizioni | Durata (ore) per edizione | Docenti | Accreditam. ECM? |
|---|---|--------------------------|--------------|---------------------------|--|------------------|
| Il sistema qualità&rischio AREU (corso base) | Il corso, rivolto al personale delle COEU/SOREU/AAT regionali, si propone di illustrare ai partecipanti i concetti principali relativi alle tematiche della qualità e del rischio (quadro normativo di riferimento, modelli di gestione della qualità e del rischio, definizioni e concetti principali ..). | 25 | 1 | 8 | Risk Manager Referente Qualità | Sì |
| La gestione del rischio (corso avanzato) Requisito di accesso: partecipazione al corso "Il sistema qualità&rischio AREU (corso base)" | Il corso, rivolto al personale della Direzione AREU e delle COEU/SOREU/AAT regionali, si propone di approfondire la tematica della gestione del rischio, in relazione sia agli aspetti organizzativi, nell'ambito di AREU, sia agli aspetti assicurativi. | 25 | 1 | 16 | Risk Manager Referente Qualità Responsabile SC Affari generali e legali Docente esterno | Sì |
| La gestione della documentazione prescrittiva | Il corso, rivolto al personale della Direzione AREU, si propone di illustrare: - le modalità attraverso cui predisporre documenti, regolamenti, procedure e istruzioni operative in linea con quanto previsto dalla PRO 05 "Gestione della documentazione AREUHQ" - le modalità di gestione della documentazione prescrittiva nell'ambito della Direzione AREU. | 30 | 4 | 2 | Referente Qualità | Sì |

| Titolo iniziativa formativa | Tematiche affrontate/Obiettivi | Nr. massimo partecipanti | Nr. edizioni | Durata (ore) per edizione | Docenti | Accreditam. ECM? |
|-----------------------------|--|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------|------------------|
| Metodo e Sinergie | <p>Il gruppo di lavoro, attraverso riflessioni e proposte operative, costituirà il punto di riferimento in relazione alle tematiche della qualità e del rischio nell'ambito di AREU.</p> <p>Nell'ambito dell'attività del gruppo, i partecipanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - collaboreranno alla stesura/all'aggiornamento di documentazione prescrittiva (procedure, istruzioni operative, protocolli ...) a valenza regionale - contribuiranno all'identificazione di soluzioni a problematiche emergenti, con riferimento agli obiettivi definiti nel DOC 01 "Programma di gestione della qualità e del rischio 2013" - evidenzieranno, sulla base dell'esperienza nell'esecuzione delle attività quotidiane (sia presso la Direzione AREU che nelle COEU/SOREU/AAT), le aree/gli aspetti suscettibili di miglioramento - assicureranno una efficace interfaccia tra COEU/SOREU/AAT e Strutture/funzioni della Direzione AREU in relazione alle tematiche della qualità e del rischio - costituiranno il riferimento "locale" in sede di attivazione e sviluppo di progetti di miglioramento della qualità (applicazione standard Joint Commission, certificazione ISO 9001). <p>Principali tematiche affrontate all'interno del gruppo, attraverso discussioni/confronti e attività operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - principi di utilizzo della documentazione sanitaria - utilizzo delle Relazioni di soccorso MSA/MSI e MSB regionali - gestione delle richieste di copia di documentazione sanitaria - indicatori (identificazione degli indicatori e valutazione dei risultati) - specifiche tematiche correlate alla necessità di predisposizione/aggiornamento della documentazione prescrittiva aziendale. | 28 | 1 (minimo 6 incontri) | Incontri di circa 2,5 ore l'uno | (Referente Qualità) | Sì |