


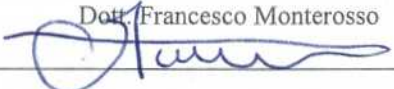
REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
PALERMO

IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

**DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Deliberazione n° 000552 del 19 APR 2023

OGGETTO: APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA PROCEDURA GENERALE: PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI

STRUTTURA PROPONENTE	DIPARTIMENTO RISORSE TECNOLOGICHE- FINANZIARIE E STRUTTURALI
<b>UOC Coordinamento Staff Strategico</b>	<b>ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO</b>
Proposta n. <u>3</u> del <u>19/4/2023</u>	Esercizio _____
Quadro Economico Patrimoniale – Bilancio _____	N° Conto Economico _____
N° Centro di costo _____	N° Conto Patrimoniale _____
N° Conto Economico _____	Importo € _____
Ordine n° _____ del _____	Budget pluriennale _____
Tetto di spesa/Budget assegnato € _____	Anno _____ Euro _____
Budget utilizzato/impegnato € _____	Anno _____ Euro _____
Budget presente atto € _____	
Disponibilità residua budget € _____	
Budget pluriennale _____	
Anno _____ Euro _____	
Anno _____ Euro _____	
<input type="checkbox"/> Non comporta ordine di spesa	
UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico Risk Manager Dott.ssa Cetina Sortino 	Il Direttore della U.O.C. Bilancio e Programmazione (Dr. _____)
Il Direttore U.O.C. Coordinamento Staff Strategico Dott. Francesco Monterosso 	

L'anno duemilaventite 2023, il giorno Dieci del mese di Aprile, nei locali della Sede Legale di Via Giacomo Cusmano n.24 – Palermo, il Commissario Straordinario dell'ASP di Palermo Dott.ssa Daniela Faraoni, nominata con D.A. n.53. del 29/12/2022, assistito dalla Sig.ra Rosalia Licata quale segretario verbalizzante, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata:

**Il Direttore della U.O.C Coordinamento Staff Strategico**  
**Dott. Francesco Monterosso**

**Visto**

- il Sistema di Gestione per la Qualità e i relativi processi della Norma UNI EN ISO 9001:2015 che richiede espressamente alle organizzazioni di utilizzare la prospettiva del rischio nella gestione per la qualità, a tutti i livelli.
- la Norma della serie UNI ISO 31000:2018 “Risk Management – Principles and guidelines” che fornisce linee guida e strumenti per la gestione formale dei rischi, adattabili in funzione delle diverse realtà organizzative.
- il documento del Ministero della Salute - Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, Dipartimento della Qualità, Risk Management in Sanità. Il problema degli errori, Ministero della Salute, marzo 2004.
- il documento del Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari” Dipartimento della Qualità 2007
- Decreto Assessorato della Sanità 11 gennaio 2008. Approvazione degli standard per la gestione del rischio clinico per le strutture ospedaliere e le centrali operative SUES 118. GURS Parte I n. 8 del 15 febbraio 2008.
- il documento del Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità Direzione generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei 117 principi etici di sistema - Ufficio III - “Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella”, 2009.
- Decreto Assessorato della Sanità 31 ottobre 2013. Approvazione del Programma regionale per l’attuazione degli interventi operativi per la sicurezza dei pazienti: monitoraggio degli eventi sentinella e implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti. GURS Parte I n. 53 del 29 novembre 2013
- il Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015 “regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.
- il Decreto dell’Assessorato della Salute 11 gennaio 2019. Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70. (Supplemento ordinario n. 1 alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana (p. I) n. 6 dell’8 febbraio 2019).
- la Legge n. 208 del 28/12/2015, comma 539, G.U. 30/12/2015 “legge stabilità 2016” che stabilisce che: “tutte le strutture pubbliche e private attivino un’adeguata funzione di monitoraggio e gestione del rischio sanitario”, si rafforza ancora di più la convinzione che la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), rappresenti un interesse primario dell’ASP Palermo che concorre, insieme ad altri fattori, ad assicurare il rispetto del principio della qualità e sicurezza delle cure.
- la Legge 8 marzo 2017 n.24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017) coerente con gli standard internazionali in tema di governo clinico, della qualità e della sicurezza delle cure.



- il Decreto Assessorato della Salute. n. 436 del 17 maggio 2021. (p. I) n. 24 del 4 giugno 2021. Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture.

- il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)

- il Decreto dell'Assessorato della Salute n. 724 del 09 agosto 2022. GURS Parte I n. 40 del 26/08/2022. Aggiornamento delle disposizioni in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Modifiche al decreto assessoriale 17 aprile 2003, n. 463.

- il Decreto dell'Assessorato della Salute n. 725 del 09 agosto 2022. GURS Parte I n. 40 del 26/08/2022. Definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche.

- il Decreto dell'Assessorato della Salute n. 45 del 02 febbraio 2022. GURS Parte I n. 9 del 25/02/2022. Disciplina dei rapporti tra l'assessorato della salute e le Aziende sanitarie pubbliche per le attività di verifica affidate dall'OTA ai valutatori ed agli esperti iscritti negli Elenchi tenuti dall'OTA.

- la Procedura Generale - PG01 del 24/10/2022 - di cui alla delibera n. 1677 del 10 novembre 2022, relativa al "SISTEMA DI GESTIONE DOCUMENTALE PER LA REDAZIONE DI PROCEDURE, PROTOCOLLI, ISTRUZIONI OPERATIVE E PDTA NELL'ASP PALERMO";

- la Procedura Generale - PG02 del 21/02/2023 - relativa al "SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEI RISCHI E DEGLI EVENTI - INCIDENT REPORTING - (QUASI EVENTI/NEAR MISS - EVENTI SENZA ESITO - EVENTI AVVERSI - EVENTI SENTINELLA".

- la Procedura Generale - PG03 del 23/02/2023 - relativa a "AUDIT CLINICO: METODOLOGIA STRUTTURATA DI ANALISI PROATTIVA E REATTIVA".

**Dato atto** che l'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico ha trasmesso all'UOC Coordinamento Staff Strategico la **Procedura Generale (PG04 del 18/04/2023) relativa al "PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI"**

**Valutato** che

- la Procedura Generale PG04 del 18/04/2023 è coerente con gli Standard di Qualità e Gestione del Rischio citati in precedenza;

- la suddetta Procedura è coerente con la Mission e le Politiche Aziendali di Governo Clinico dell'ASP Palermo con lo scopo di definire le strategie, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori delle attività promosse dall'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, al fine di provvedere in ogni ambito aziendale ad identificare, analizzare, valutare e trattare la qualità ed i rischi in modo univoco ed individuare le relative azioni di miglioramento con l'intento di sviluppare e diffondere buone pratiche e soluzioni per la sicurezza delle cure.

**Dato atto** che i Direttori/Responsabili di ogni articolazione aziendale per il ruolo ricoperto, assumono quindi, la responsabilità della diffusione e corretta applicazione di tutte le azioni correlate al presente Piano - Procedura Generale PG04 del 18/04/2023 **“PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI”** - nonché alla programmazione, attuazione e monitoraggio dei percorsi sanitari e socio-sanitari nell’ottica della gestione del rischio e della qualità e sicurezza delle cure.

**Dato atto** che alle attività previste nel presente Piano Aziendale (PG04 del 18/04/2023) è tenuto a concorrere tutto il personale.

**Dato atto** che il Direttore dell’UOC Coordinamento Staff Strategico proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo attesta che lo stesso, a seguito dell’istruttoria effettuata, è conforme alla normativa che disciplina la materia trattata ed è, sia nella forma che nella sostanza, totalmente legittimo, veritiero e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall’art. 1 della L. 14 gennaio 1994 n°20 e s.m.i., e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della L. 6 novembre 2012 n°190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione”, nonché nell’osservanza dei contenuti del vigente Piano Aziendale della Prevenzione della Corruzione”;

**PROPONE di**

**Intercalare alla delibera**  
N. ....del.....  
000552 19 APR 2023

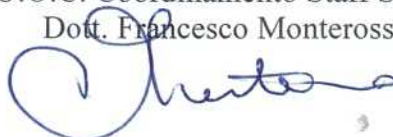
- 1) Approvare e adottare la Procedura Generale (PG04 del 18/04/2023) relativa al **“PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI”** allegata al presente atto, costituendone parte integrante e sostanziale;
- 2) Dare mandato all’UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico di trasmettere la presente delibera a:
  - Unità Operative afferenti alla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa
  - Dipartimenti Sanitari e Amministrativi
  - Distretti sanitari
  - Presidi Ospedalieri
  - Referenti Qualità e gestione Rischio Clinico
- 3) Dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi di spesa a carico del bilancio aziendale;
- 4) Dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo.

UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico  
Risk Manager

Dott.ssa Cettina Sortino



Il Direttore U.O.C. Coordinamento Staff Strategico  
Dott. Francesco Monterosso





---

Sul presente atto viene espresso

parere \_\_\_\_\_ dal

parere FAVOREVOLE dal

~~IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO~~

~~(Dr. \_\_\_\_\_)~~

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dr. FRANCESCO CERRITO)

---

### IL COMMISSARIO STRAORDINARIO


- vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito riportata e trascritta;
- visto ~~il parere favorevole espresso dal~~ Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
- ritenuto di condividerne il contenuto; ~~DELETE~~
- assistito dal segretario verbalizzante,

### DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente

### IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

(Dott.ssa Daniela Faraoni)

  
\_\_\_\_\_

**Il Segretario verbalizzante**

Il Collaboratore Amministrativo Professionale  
(Sig.ra Rosanna Deata)

\_\_\_\_\_

REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
PALERMO

ATTESTAZIONI

DELIBERAZIONE N. 000552 DEL 19 APR 2023

Il Responsabile dell'Ufficio Deliberazioni  
Il Collaboratore Amministrativo Professionale  
(Sig.ra Rosanna Licata)

La presente deliberazione è stata affissa all'Albo il 23 APR 2023 l'Addetto \_\_\_\_\_  
E' stata ritirata dall'Albo il \_\_\_\_\_ l'Addetto \_\_\_\_\_

- Si attesta che contro la presente delibera non è pervenuto alcun reclamo.
- Si attesta che contro la presente delibera è pervenuto reclamo da :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


Palermo \_\_\_\_\_

Il Responsabile dell'Ufficio Deliberazioni



\_\_\_\_\_

Annotazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

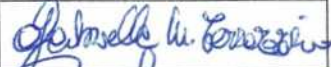


	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025		Data Revisione	
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 1 di 22	

**PROPOSTA**

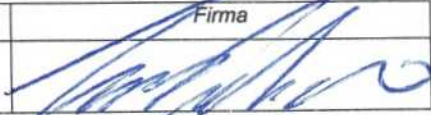
Struttura	Responsabile/Direttore (1) Nome e Cognome	Firma
UOC Coordinamento Staff Strategico	Direttore Dott. Francesco Monterosso	
UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico	Risk Manager Dott.ssa Cettina Sortino	

(1) Coordinatore del Gruppo di Lavoro - Redazione

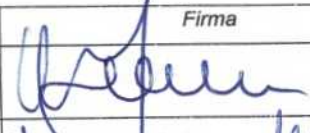

**GRUPPO DI LAVORO - REDAZIONE**

Struttura	Nome e Cognome	Qualifica/ Funzione	Firma
UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico	Dott.ssa Gabriella Maria Terrazzino	Dirigente medico	
UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico	Dott.ssa Paola Fernandez	Dirigente medico	
UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico	Carmelina Moceo	Operatore tecnico informatico	

**VERIFICA DI CONFORMITÀ**


	Qualifica/ Funzione	Firma
UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico	Dott. Luigi Pulichino	

**APPROVAZIONE**

Macrostruttura	Nome e Cognome	Firma
Commissario Straordinario ASP Palermo	Dott.ssa Daniela Faraoni	
Direzione Sanitaria	Dott. Francesco Cerrito	

ALLEGATO ALLA DELIBERA

N. 000552 DEL. 19 APR 2023


	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE	CODICE PG04	
			18/04/2023	
			Revisione 2025	Data Revisione
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI			Pagina 2 di 22	

### REVISIONI

Revisione	Data	Codice revisione
Ultima revisione effettuata		
Revisione biennale prevista		


<b>1) REVISIONE</b>		
<b>Codice Revisione:</b>		
<b>Data Revisione:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Immodificata</b> rispetto al Documento adottato <input type="checkbox"/> <b>Modificata</b> rispetto al Documento adottato per: <input type="checkbox"/> Intervenute modifiche organizzative: Specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> Intervenute modifiche Normative interne ed esterne (Leggi, Decreti, Circolari, Regolamenti) Specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> Intervenute modifiche delle evidenze scientifiche (Protocolli, Linee Guida, Buone Pratiche Clinico-Assistenziali) Specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> Intervenute modifiche del Gruppo di Lavoro/Redazione (come indicato nella specifica sezione sopra riportata)		
<b>VERIFICA DI CONFORMITÀ</b> UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico	Dott./Dott.ssa	<b>Firma</b> _____
<b>APPROVAZIONE</b> Direttore Sanitario o Direttore/Responsabile Macrostruttura	Dott./Dott.ssa	<b>Firma</b> _____



	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 3 di 22	

## SOMMARIO

1. OGGETTO .....	4
2. SCOPO .....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	5
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE PER L'ADOZIONE DEL DOCUMENTO .....	5
5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI .....	5
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ .....	6
6.1 MODELLO ORGANIZZATIVO DI GOVERNO CLINICO NELL'ASP PALERMO .....	6
6.2 STRUMENTI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI .....	7
6.3 SISTEMA DI GESTIONE DOCUMENTALE .....	8
6.4 SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEI RISCHI E DEGLI EVENTI .....	9
6.5 FLUSSO INFORMATIVO DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO DEGLI ERRORI IN SANITÀ DEL MINISTERO DELLA SALUTE (FLUSSO SIMES) .....	10
6.6 SEGNALAZIONI E RECLAMI .....	11
6.7 AUDIT CLINICO: ANALISI REATTIVA E PROATTIVA .....	12
6.8 FORMAZIONE CONTINUA DEL PERSONALE .....	13
6.9 PARTECIPAZIONE AI COMITATI E GRUPPI DI LAVORO AZIENDALI .....	13
6.9.1 partecipazione al Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS) .....	13
6.9.2 partecipazione al Comitato Aziendale per il controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali (CIO) .....	14
6.9.3 partecipazione al Team di Antimicrobial Stewardship (TAS) per il contrasto dell'antibiotico-resistenza .....	14
6.9.4 partecipazione al gruppo di lavoro - PanFlu - piano pandemico .....	15
6.10 IMPLEMENTAZIONE E DIFFUSIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI .....	15
6.11 GESTIONE E MONITORAGGIO DEI PROCESSI DI AUTORIZZAZIONE SANITARIA E ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE .....	15
6.12 PROGRAMMA PER IL CORRETTO UTILIZZO DELLA CHECKLIST DI SALA OPERATORIA .....	16
6.13 RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA AI SENSI DELL'ART.2, COMMA 5, LEGGE 24/2017 .....	17
6.14 RELAZIONE ANNUALE DI RENDICONTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEL "PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI" .....	17
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	18
8. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI .....	19
9. MONITORAGGIO .....	20
10. CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE .....	21
11. ALLEGATI .....	21

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione	PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI	

## 1. OGGETTO

Il presente "piano aziendale per la gestione del rischio sanitario, qualità, sicurezza delle cure, prestazioni e servizi" è un documento finalizzato alla programmazione delle attività e delle azioni da mettere in atto per il miglioramento continuo, con un approccio orientato alla prevenzione e alla gestione del Rischio Sanitario, alla Qualità e alla Sicurezza delle cure, prestazioni e servizi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza obiettivi prioritari da perseguire, con interventi coordinati che coinvolgano l'organizzazione sanitaria, gli operatori e i pazienti.

L'art. 1 della Legge 24/2017 statuisce che: *"La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale".*

Alla luce dei più recenti orientamenti normativi, sarebbe quindi più corretto parlare di "rischio sanitario".


Il passaggio da "rischio clinico" a "rischio sanitario" determina un ampliamento dello spettro di prevenzione, che non è più limitato ai danni subiti dal paziente ma viene esteso ad ogni "rischio" connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie.

Il Presente Piano Aziendale definisce le modalità con cui l'ASP Palermo adotta metodologie sistematiche per implementare la sicurezza di operatori, pazienti, ambiente di cura, nonché la qualità dell'assistenza.

## 2. SCOPO

Scopo del presente Piano Aziendale è quello di definire le strategie, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori delle attività promosse dall'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, al fine di provvedere in ogni ambito aziendale ad identificare, analizzare, valutare e trattare la qualità ed i rischi in modo univoco ed individuare le relative azioni di miglioramento con l'intento di sviluppare e diffondere buone pratiche e soluzioni per la sicurezza delle cure.



	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE	CODICE PG04	
			18/04/2023	
			Revisione 2025	Data Revisione
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI			Pagina 5 di 22	

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano Aziendale è coordinato dall'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico dell'ASP di Palermo e si applica a tutte le articolazioni aziendali, le quali sono primariamente coinvolte nella promozione e nella implementazione di strumenti e metodi rivolti al miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure, prestazioni e servizi erogati nel proprio ambito di competenza.

I Direttori/Responsabili di ogni articolazione aziendale per il ruolo ricoperto, assumono quindi, la responsabilità della diffusione e corretta applicazione di tutte le azioni correlate al presente Piano, nonché alla programmazione, attuazione e monitoraggio dei percorsi sanitari e socio-sanitari nell'ottica della gestione del rischio e della qualità e sicurezza delle cure. Occorre infine sottolineare che alle attività previste dal presente Piano Aziendale è tenuto a concorrere tutto il personale.

### 4. LISTA DI DISTRIBUZIONE PER L'ADOZIONE DEL DOCUMENTO

La presente procedura verrà distribuita:

- Unità Operative afferenti alla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa
- Dipartimenti Sanitari e Amministrativi
- Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri
- Referenti Qualità e Gestione Rischio Clinico individuati per ogni articolazione aziendale

Le suddette strutture sono incaricate della distribuzione della presente Procedura Generale a tutte le articolazioni organizzative o Unità Operative loro afferenti, come da Deliberazione n. 81/2020 - Atto Aziendale.

### 5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI

**ASP Palermo:** Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

**CAVS:** Comitato Aziendale Valutazione Sinistri


**CIO:** Comitato Infezioni Ospedaliere (infezioni correlate alle prestazioni assistenziali)

**PIAO:** Piano Integrato di Attività e Organizzazione

**PanFlu:** Piano Pandemico

**TAS:** Team Antimicrobial Stewardship (antimicrobico resistenza)



	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 6 di 22	

## 6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La realizzazione di tutte le attività previste nel presente "Piano Aziendale per la gestione del rischio sanitario, qualità, sicurezza delle cure, prestazioni e servizi" rappresenta un interesse primario dell'ASP Palermo; a tale scopo è tenuto a concorrere tutto il personale.


Nei paragrafi seguenti verranno descritte le seguenti attività:

- MODELLO ORGANIZZATIVO DI GOVERNO CLINICO NELL'ASP PALERMO
- STRUMENTI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI
- SISTEMA DI GESTIONE DOCUMENTALE
- SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEI RISCHI E DEGLI EVENTI
- FLUSSO INFORMATIVO DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO DEGLI ERRORI IN SANITÀ DEL MINISTERO DELLA SALUTE (FLUSSO SIMES)
- SEGNALAZIONI E RECLAMI
- AUDIT CLINICO: ANALISI REATTIVA E PROATTIVA
- FORMAZIONE CONTINUA DEL PERSONALE
- PARTECIPAZIONE AI COMITATI E GRUPPI DI LAVORO AZIENDALI
- IMPLEMENTAZIONE E DIFFUSIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI
- GESTIONE E MONITORAGGIO DEI PROCESSI DI AUTORIZZAZIONE SANITARIA E ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
- PROGRAMMA PER IL CORRETTO UTILIZZO DELLA CHECKLIST DI SALA OPERATORIA
- RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA AI SENSI DELL'ART.2, COMMA 5, LEGGE 24/2017
- RELAZIONE ANNUALE DI RENDICONTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEL "PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI"

### 6.1 MODELLO ORGANIZZATIVO DI GOVERNO CLINICO NELL'ASP PALERMO

Come previsto dall'Atto Aziendale dell'ASP Palermo (Delibera n. 81 del 21/01/2020), gli elementi costitutivi del sistema di governo clinico aziendale sono:

- a. orientamento delle azioni degli operatori sanitari e del paziente verso obiettivi di efficacia e appropriatezza, mediante interventi sanitari basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili a livello internazionale. I percorsi assistenziali basati sulle linee guida cliniche e clinico-organizzative rappresentano lo strumento di definizione degli obiettivi generali e di cambiamento da raggiungere, attraverso il quale si possono valutare i risultati e la qualità della assistenza sanitaria fornita, definendo specifici indicatori di appropriatezza da raggiungere o verso cui tendere;*
- b. audit clinico: cioè le azioni con cui gli operatori sanitari revisionano le performance dell'assistenza fornita rispetto a uno standard definito, per aumentare il grado di conoscenza del proprio operato e favorire un confronto tra pari;*
- c. formazione permanente;*
- d. gestione del rischio intesa come strumento per prevenire rischi o incidenti che possono verificarsi nell'esecuzione di pratiche sanitarie e per informare correttamente pazienti ed operatori;*
- e. trasparenza e verificabilità dei risultati raggiunti".*

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 7 di 22	

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico al fine di attuare e implementare tutte le attività previste nel presente Piano Aziendale, coerenti con la Politica Aziendale e di Governo Clinico dell'ASP Palermo, si avvale della partecipazione attiva, sia dei Direttori/Responsabili delle Macrostrutture, di Unità Operativa/Servizio/Funzione, che della Rete dei Referenti Qualità e Rischio Clinico, professionisti individuati in ogni articolazione aziendale per la promozione e implementazione di tutte le azioni finalizzate alla prevenzione dei rischi e al miglioramento della qualità dei percorsi organizzativi e clinico-assistenziali.

Si ribadisce, infine, che a tali attività è tenuto a concorrere tutto il personale, operante a qualunque titolo presso l'ASP Palermo, in quanto direttamente coinvolto sul campo nella gestione quotidiana delle attività.

## 6.2 STRUMENTI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI


Elementi di valutazione iniziale da tenere in considerazione nella programmazione delle attività (input):

- Report annuale Piano Nazionale Esiti - Ministero della Salute;
- Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia - Ministero della Salute;
- Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'Asp Palermo;
- Relazione annuale sulla Performance dell'Asp Palermo;
- Valutazione della qualità percepita;
- Standard per la gestione del rischio clinico per le strutture ospedaliere (GURS Parte I n. 8 del 15/02/2008);
- Standard previsti dai requisiti di autorizzazione sanitaria e accreditamento istituzionale [suppl. ord. N. 2 GURS (p. I) n. 24 del 4 giugno 2021 (n. 33)];
- Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (DM 70/2015);
- Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (DM 77/2022);
- Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida;
- Relazione annuale di Rendicontazione (anno precedente) e Programmazione (anno in corso) delle attività previste dal presente "Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Sanitario, Qualità, Sicurezza delle Cure, Prestazioni e Servizi".

Gli elementi di valutazione iniziale sopra riportati costituiscono, per ogni articolazione aziendale dell'ASP Palermo, la base informativa al fine di valutare quanto segue:

1. Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza
2. Promozione e valutazione dell'efficienza gestionale:
  - governo del personale
  - governo degli acquisti di beni e servizi
3. Promozione e valutazione dell'efficacia e della qualità:
  - valutazione degli esiti dei trattamenti
  - valutazione della qualità percepita



	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 8 di 22	

#### 4. Promozione e valutazione dell'appropriatezza:

- appropriatezza organizzativa
- appropriatezza clinica

#### 5. Valutazione dei requisiti e degli standard di Autorizzazione Sanitaria e Accredimento Istituzionale

#### 6. Governo dei tempi di attesa

#### 7. Ogni altro sistema interno adottato per il governo e la gestione dell'attività svolta.

### 6.3 SISTEMA DI GESTIONE DOCUMENTALE

In data 24/10/2022 è stata adottata la Procedura Generale PG01 del 24/10/2022 - Delibera Aziendale n. 1677 del 10/11/2022 – relativa al **“SISTEMA DI GESTIONE DOCUMENTALE PER LA REDAZIONE DI PROCEDURE, PROTOCOLLI, ISTRUZIONI OPERATIVE E PDTA NELL'ASP PALERMO”**.

Scopo della suddetta Procedura Generale è quello di definire univocamente gli strumenti documentali adottati nell'ambito dell'ASP Palermo, al fine di consentire la produzione e la gestione, secondo regole precise e comuni rispetto alla loro redazione, completezza, facilità di applicazione, chiarezza, aggiornamento, accessibilità, tracciabilità e diffusione.

Standardizzare la modalità di stesura di: Procedure, Protocolli, Istruzioni Operative e Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) nell'ASP Palermo, nel rispetto degli standard redazionali e contenutistici, in modo tale che ogni operatore abbia a disposizione, in ogni momento, una versione aggiornata delle informazioni di cui ha bisogno per la gestione del rischio sanitario ed il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni.

L'Organizzazione Sanitaria deve, nella misura necessaria:

- a) Mantenere le informazioni documentate per supportare il funzionamento dei processi
- b) Conservare le informazioni documentate affinché si possa avere fiducia nel fatto che i processi siano condotti così come pianificato.


La verifica di conformità effettuata dall'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, consiste nel controllo della congruenza del contenuto e dell'impostazione formale del documento ai criteri generali e specifici stabiliti per la stesura ed in rapporto alle finalità di redazione e alle funzioni direttamente interessate.

Ogni unità Operativa, Servizio, Funzione, Struttura, monitorerà la corretta applicazione di questa Procedura Generale attraverso i seguenti indicatori (Figura 1) e mediante l'apposita scheda di Monitoraggio (Allegato 10 MOD 10 della PG 01 del 24/10/2022).

La verifica di conformità è l'analisi del documento di nuova redazione, eseguita da 4 diversi punti di vista:

- controllo di conformità del documento rispetto ai requisiti della norma di riferimento e rispetto ai requisiti strutturali e gestionali della presente procedura;
- valutazione degli aspetti medico-legali delle attività descritte in procedura;
- valutazione del rispetto dei requisiti di sicurezza delle attività descritte;



	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 9 di 22	

- valutazione del rispetto delle condizioni necessarie alla prevenzione delle infezioni e/o verifica delle competenze infermieristiche riportate in procedura.

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile monitoraggio
N. di documenti redatti e codificati (Registro)/N. di documenti proposti (Modulo di Proposta)	Registro Documenti	Annuale	Responsabile dell'Unità Operativa dove viene adottato e applicato il Documento
Numero di eventi formativi (registro presenze)/numero di documenti adottati	Registro Presenze eventi Formativi	Annuale	Responsabile dell'Unità Operativa dove viene adottato e applicato il Documento
Indicatore di monitoraggio di ogni documento /numero di Documenti adottati nella Unità Operativa	Documento (indicatori di monitoraggio)	Annuale	Responsabile dell'Unità Operativa dove viene adottato e applicato il Documento

Figura 1. Indicatori di Monitoraggio PG 01 del 24/10/2022 - "Sistema di gestione documentale per la redazione di procedure, protocolli, istruzioni operative e PDTA nell'ASP Palermo".

#### 6.4 SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEI RISCHI E DEGLI EVENTI

La Procedura Generale PG02 del 21/02/2023 "**SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEI RISCHI E DEGLI EVENTI - INCIDENT REPORTING - (quasi eventi/near miss – eventi senza esito – eventi avversi – eventi sentinella)**" descrive il Sistema di "*Incident Reporting*", segnalazione e gestione di tutti gli eventi/incidenti (quasi eventi/*near miss*, eventi senza esito, eventi avversi, eventi sentinella), intesi come "*qualsiasi accadimento che ha causato o aveva la potenzialità di causare un danno ad un paziente*", che si verificano nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.


Scopo della suddetta Procedura Generale è quello di uniformare e implementare il sistema di raccolta strutturata di segnalazione di tutti gli "eventi", finalizzata a prevenire i fattori di rischio latenti, propri dell'organizzazione sanitaria, e gli errori attivi cui può incorrere il personale.

Il sistema di segnalazione può essere: spontaneo o obbligatorio.

- Il sistema di segnalazione **spontaneo** riguarda: quasi eventi/*near miss*; eventi senza esito ed eventi avversi.
- Il sistema di segnalazione **obbligatorio** riguarda invece solo gli eventi sentinella.

Alle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ASP Palermo è tenuto a concorrere tutto il personale.

Tutti gli operatori che vengono a conoscenza di un evento sono quindi tenuti a segnalare lo stesso attraverso l'apposita modulistica.

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 10 di 22	

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico monitorerà la corretta applicazione di questa Procedura Generale attraverso i seguenti indicatori (Figura 2) con cadenza Trimestrale, al fine di predisporre la rendicontazione annuale delle attività.

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Numero sinistri trattati al CAVS correlati ad eventi sentinella Numero eventi sentinella segnalati con la schede A	Flusso SIMES	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico
N. di Schede di segnalazione inviate (anno corrente) N. di Schede di segnalazione inviate (anno precedente)	Incident Reporting	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico
piani di miglioramento attuati piani di miglioramento definiti	Report dei Piani di Miglioramento	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 2. Indicatori di Monitoraggio PG 02 del 21/02/2023 "SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEI RISCHI E DEGLI EVENTI – INCIDENT REPORTING - (quasi eventi/near miss - eventi senza esito - eventi avversi - eventi sentinella)"

## 6.5 FLUSSO INFORMATIVO DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO DEGLI ERRORI IN SANITÀ DEL MINISTERO DELLA SALUTE (FLUSSO SIMES)


Nel contesto del Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, il Ministero della Salute definisce evento sentinella un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione". Nella Procedura Generale PG02 del 21/02/2023 "Sistema di segnalazione dei rischi e degli eventi – incident reporting – (quasi eventi/near miss – eventi senza esito – eventi avversi – eventi sentinella)" è stato descritto il sistema di segnalazione obbligatorio per gli eventi sentinella.

In seguito alla segnalazione, il Risk Manager, oppure in sua assenza un delegato dell'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, ha l'obbligo di trasmettere l'evento sentinella mediante il flusso informativo SIMES - sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – (Decreto Assessore per la Sanità 23 dicembre 2009. GURS 22.01.2010 parte I n. 3), come previsto dal "protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella" del Ministero della Salute.

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, analizzerà l'evento sentinella mediante strumenti di analisi strutturata:

- **Audit Clinico** (si rimanda al paragrafo 6.7);
- **Root Cause Analysis:** analisi dettagliata degli eventi avversi che può aiutare l'organizzazione a raggiungere obiettivi di sicurezza e di miglioramento della qualità; essa include l'identificazione dei



	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 11 di 22	

fattori profondi e contribuenti, la determinazione delle strategie di riduzione del rischio, lo sviluppo di un piano di azione di miglioramento e successivi sistemi di misurazione per valutare l'efficacia.

Il Risk Manager, oppure in sua assenza un delegato dell'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, trasmetterà la scheda B, con l'analisi dei fattori causali e contribuenti l'evento, al Ministero della Salute tramite flusso SIMES, entro e non oltre 45 giorni, dall'apertura della segnalazione dell'evento sentinella.

I responsabili delle azioni di miglioramento dovranno produrre all'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico una rendicontazione periodica, secondo il cronoprogramma indicato nel verbale, relativa all'attuazione e al monitoraggio dei piani di miglioramento (Figura 3).

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Trasmissione della Scheda A (100%) - segnalazione Evento Sentinella - tramite Flusso SIMES	Flusso SIMES	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico
Trasmissione della Scheda B (100%) - analisi dei fattori causali e contribuenti - Evento Sentinella - tramite flusso SIMES	Flusso SIMES	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico
Monitoraggio Piani di miglioramento correlati all'Evento Sentinella (100%)	Report dei Piani di Miglioramento	Trimestrale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 3. Indicatori di Monitoraggio Flusso SIMES e Azioni di Miglioramento

## 6.6 SEGNALAZIONI E RECLAMI

Le segnalazioni relative a rischi ed avventi avversi riguardanti il rischio clinico, la qualità e la sicurezza delle cure, possono pervenire non soltanto dagli operatori, ma anche da altre fonti come: Direzione Strategica, mezzo Stampa, segnalazioni e reclami dei cittadini, etc.


Per la raccolta e la corretta codificazione di queste segnalazioni, l'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico si avvarrà della scheda di segnalazione prevista dalla Procedura Generale PG02 del 21/02/2023 - "**SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEI RISCHI E DEGLI EVENTI - INCIDENT REPORTING - (quasi eventi/near miss – eventi senza esito – eventi avversi – eventi sentinella)**" - al fine di avere una corretta mappatura e gradazione di tutti i rischi e gli eventi che si verificano nell'ASP Palermo.

L'UOS Comunicazione e Informazione trasmetterà all'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico eventuali segnalazioni e reclami - avventi attinenza con la gestione del rischio clinico - in quanto, rappresentano una importante fonte informativa che consentirà di rilevare eventuali criticità e indicare aree organizzative che necessitano di azioni miglioramento (Figura 4).

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Gestione segnalazioni e reclami attinenti la gestione del rischio clinico trasmessi dall'UOS Comunicazione e Informazione	Segnalazioni/reclami trasmessi dall'UOS Comunicazione e Informazione	Trimestrale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico
Inserimento di tutte le segnalazioni pervenute, anche da altre fonti (Direzione Strategica, mezzo stampa etc), nel sistema di Incident Reporting (100%) ed eventuale gestione	Incident Reporting	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 4. Indicatori di Monitoraggio Segnalazioni e Reclami



	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 12 di 22	

## 6.7 AUDIT CLINICO: ANALISI REATTIVA E PROATTIVA

La Procedura Generale PG03 del 23/02/2023 "**AUDIT CLINICO: metodologia strutturata di analisi proattiva e reattiva**" intende implementare nell'ASP Palermo l'Audit Clinico (dal latino *audire, ascoltare*) come metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di buone pratiche, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.


La suddetta Procedura Generale definisce, in accordo con i principi del Governo Clinico, il metodo di pianificazione e conduzione dell'Audit Clinico, come strumento di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure per la valutazione dei processi in ambito sanitario, al fine di mettere in atto attività sistematiche di valutazione e di miglioramento della qualità professionale.

L'Audit Clinico consente di valutare la qualità e la sicurezza delle cure, prestazioni e servizi erogati, nell'ottica del miglioramento continuo, affinché tale processo di valutazione possa essere realizzato da ogni articolazione aziendale. Si precisa che ai sensi della Legge n. 24/2017 art. 16: "I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari".

Ogni unità Operativa, Servizio, Funzione, Struttura, monitorerà la corretta applicazione di questa Procedura Generale attraverso i seguenti indicatori (Figura 5).

Indicatore	Misura	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Numero di Audit Clinici effettuati (anno corrente)	> 10%	Verbali di Audit Clinici	Annuale	Responsabile /Direttore
Numero di Audit Clinici effettuati (anno precedente)				UO/Servizio/Funzione
Azioni di miglioramento indicate nel verbale di Audit	100%	Report Azioni di Miglioramento	Come da cronoprogramma del verbale di Audit Clinico	Responsabile /Direttore
Azioni di miglioramento realizzate				UO/Servizio/Funzione

Figura 5. Indicatori di Monitoraggio PG03 del 23/02/2023. Audit clinico: metodologia strutturata di analisi proattiva e reattiva.

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE	CODICE PG04	
			18/04/2023	
			Revisione 2025	Data Revisione
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI			Pagina 13 di 22	

## 6.8 FORMAZIONE CONTINUA DEL PERSONALE

La formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure e costituisce un valido strumento nella logica del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

In tale logica l'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico programma i corsi di formazione, anche in relazione alla casistica di eventi avversi, più frequenti o significativi, rilevati nel corso dell'anno (Figura 6).

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Evento Formativo correlato all'analisi dei rischi e degli eventi avversi più significativi verificatisi nell'anno precedente	Piano Formativo	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico
Evento Formativo rivolto alla Rete dei Referenti Qualità e Rischio Clinico di Macrostruttura - Unità Operativa/Servizio/Funzione.	Piano Formativo	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 6. Indicatori di Monitoraggio. Formazione continua del personale

## 6.9 PARTECIPAZIONE AI COMITATI E GRUPPI DI LAVORO AZIENDALI

### 6.9.1 Partecipazione al Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS)


L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico e il Risk Manager partecipano a tutte le attività del Comitato Aziendale Valutazioni Sinistri (CAVS - Delibera n. 869 del 22/07/2021) fornendo assistenza tecnica all'UOC Legale per la gestione del contenzioso.

Tale attività si pone l'obiettivo di monitorare la correlazione tra gli eventi sentinella segnalati e le richieste di risarcimento pervenute. In tale contesto l'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, provvede alla rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostico-terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva; infine, l'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico collabora con l'UOS Gestione del Contenzioso Civile e il Responsabile del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri per l'inserimento dei dati relativi alla "gestione sinistri" nel Flusso SIMES "Sistema per il monitoraggio degli errori in sanità" (Figura 7).

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Partecipazione al Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (100%)	Verbali Comitato Aziendale Valutazione Sinistri. Convocazione e partecipazione CAVS	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico
Trasmissione dati relativi alla Gestione Sinistri tramite flusso SIMES (100% dei casi trattati al Comitato Aziendale Valutazione Sinistri)	Flusso SIMES	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico Responsabile Comitato Aziendale Valutazione Sinistri

Figura 7. Indicatori di Monitoraggio. Partecipazione al Comitato Aziendale Valutazione Sinistri



	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 14 di 22	

### 6.9.2 Partecipazione al Comitato Aziendale per il controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali (CIO)

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico e il Risk Manager partecipano a tutte le attività promosse dal "Comitato Aziendale per il controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali" (CIO) per contribuire alla promozione, sviluppo e diffusione di buone pratiche rivolte alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (Figura 8).

Delibera n. 511 del 12/04/2023 avente ad oggetto: "Istituzione del Comitato aziendale per il controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali (CIO) dell'ASP di Palermo".

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Partecipazione al "Comitato Aziendale per il controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali" (CIO) (100%)	Verballi Riunione CIO	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 8. Indicatori di Monitoraggio. Partecipazione al CIO


### 6.9.3 Partecipazione al Team di Antimicrobial Stewardship (TAS) per il contrasto dell'antibiotico-resistenza

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico e il Risk Manager partecipano a tutte le attività promosse dal "Team Antimicrobial Stewardship" (TAS) per contribuire alla promozione, sviluppo e diffusione di buone pratiche rivolte alla prevenzione dell'antimicrobico-resistenza (Figura 9).

Delibera n. 504 del 12/04/2023, avente ad oggetto: "costituzione del TAS – Team di Antimicrobial Stewardship a supporto degli obiettivi aziendali per il Contrasto dell'Antimicrobo-Resistenza: Obiettivo 11 Intervento 2.1D Obiettivi Contrattuali di Salute e Funzionamento e Programma Predefinito n. 10 del P.A.P. 2022-2025".

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Partecipazione al "Team Antimicrobial Stewardship" (TAS) (100%)	Verballi Riunione TAS	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 9. Indicatori di Monitoraggio. Partecipazione al TAS

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 15 di 22	

#### 6.9.4 Partecipazione al gruppo di lavoro - PanFlu - piano pandemico

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico e il Risk Manager partecipano a tutte le attività promosse dal Referente Aziendale e dal Gruppo di Lavoro Multidisciplinare al fine di assicurare gli adempimenti previsti dal Piano Pandemico "PanFlu" (Figura 10).

Delibera n. 1037 del 12/07/2022, avente ad oggetto: "modifica e integrazione delibera n. 728 del 12 Maggio 2022 avente ad oggetto "Piano strategico di preparazione e risposta ad una Pandemia Influenzale (Pan Flu) 2021-2023".

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Partecipazione al Gruppo di Lavoro - PanFlu - Piano Pandemico (100%)	Verbali Riunione PanFlu	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 10. Indicatori di Monitoraggio. Partecipazione al Gruppo di Lavoro PanFlu

#### 6.10 IMPLEMENTAZIONE E DIFFUSIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico svolge attività di monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali, con i Dipartimenti e le Unità Operative coinvolte nella redazione/revisione, per la verifica di conformità dei documenti secondo la Procedura Generale PG01 del 24/10/2022 e monitorerà l'attività attraverso i seguenti indicatori (Figura 11).

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Monitoraggio della implementazione delle Procedure/Protocolli correlati alle Raccomandazioni Ministeriali	Adozione Procedure	Trimestrale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico


Figura 11. Indicatori di Monitoraggio Implementazione e diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali

#### 6.11 GESTIONE E MONITORAGGIO DEI PROCESSI DI AUTORIZZAZIONE SANITARIA E ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico ha il compito di supportare la Direzione Generale nella definizione dei programmi di adeguamento nonché di affiancare le diverse articolazioni organizzative dell'Azienda nella realizzazione delle attività necessarie ai fini del raggiungimento della conformità ai requisiti per l'autorizzazione sanitaria e l'accreditamento istituzionale.

Il Decreto dell'Assessorato della Salute del 17/05/2021 [suppl. ord. N. 2 GURS (p. 1) n. 24 del 4 giugno 2021 (n. 33)] concerne la "semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture", ridefinisce i requisiti in rapporto alle diverse tipologie di strutture e in ragione del livello di complessità.



	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE	CODICE PG04	
			18/04/2023	
			Revisione 2025	Data Revisione
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI			Pagina 16 di 22	

Il Decreto 3 settembre 2021 [Suppl. Ord. n. 2 alla GURS (p. I) n. 41 del 24/09/2021 (n. 59)] è relativo a:

- "definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento del soggetto deputato al governo dell'accesso alle cure domiciliari";
- "definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento dei soggetti erogatori di cure domiciliari";
- "definizione dei criteri per l'accesso all'accreditamento dei soggetti privati erogatori di cure domiciliari".

Il Decreto n. 725 del 9 agosto 2022 inerente la "definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche" ha definito anche il cronoprogramma per il riavvio del percorso di accreditamento delle strutture pubbliche.

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico ha il compito di monitorare i processi di autorizzazione sanitaria e accreditamento istituzionale attraverso i seguenti indicatori (Figura 12)

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Verifica di conformità dei requisiti (attività di supporto alle articolazioni aziendali)	Check - List	Annuale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico
Monitoraggio dei Rapporti di Verifica (cronoprogramma)	Rapporti di Verifica	Trimestrale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 12. Indicatori di Monitoraggio dei processi di autorizzazione sanitaria e accreditamento istituzionale


## 6.12 PROGRAMMA PER IL CORRETTO UTILIZZO DELLA CHECKLIST DI SALA OPERATORIA

Come previsto dal "**Programma per il corretto utilizzo della checklist di sala operatoria**" (GURS Parte I n.4 del 24/01/2014), la Check-List per la sicurezza in sala operatoria, deve essere correttamente e sistematicamente adottata per tutte le procedure chirurgiche eseguite in regime di ricovero ordinario e day surgery e correttamente compilata, in quanto, costituisce parte integrante della documentazione sanitaria e deve essere allegata nella cartella clinica.

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico effettuerà il monitoraggio relativo al corretto utilizzo della checklist di sala operatoria attraverso i seguenti indicatori (Figura 13).

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Rendicontazione delle osservazioni effettuate per monitorare la corretta applicazione della Check List di sala operatoria	Applicativo web <a href="http://www.qualitasiciliassr.it">www.qualitasiciliassr.it</a>	Annuale (entro il 31 Dicembre)	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 13. Indicatori di Monitoraggio per il corretto utilizzo della check list di sala operatoria

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 17 di 22	

### 6.13 RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA AI SENSI DELL'ART.2, COMMA 5, LEGGE 24/2017

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico predispone la relazione annuale consuntiva nella quale si rendono disponibili i dati sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto che comprovano una adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (Legge n. 208/2015 art. 1, comma 539) per l'esercizio dei compiti di promozione delle attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

La relazione annuale consuntiva sarà disponibile, mediante pubblicazione sul sito internet dell'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico dell'ASP Palermo al seguente link: <https://www.asppalermo.org/pagina.asp?ID=65>. (Figura 14).

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Pubblicazione sul sito internet della relazione annuale consuntiva ai sensi dell'art. 2, comma 5, Legge n. 24/2017	Sito Internet	Annuale (entro il 31 Marzo di ogni anno)	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 14. Indicatori di Monitoraggio della relazione annuale consuntiva

### 6.14 RELAZIONE ANNUALE DI RENDICONTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEL "PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI"

L'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, sulla base della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario svolta, predispone la relazione annuale di Rendicontazione (anno precedente) e Programmazione (anno in corso) - (Figura 15) che dovrà trasmettere alla Direzione Strategica e all'UOC Coordinamento Staff Strategico.

Tutte le articolazioni aziendali saranno coinvolte nella rendicontazione annuale delle attività previste dal presente "piano aziendale per la gestione del rischio sanitario, qualità, sicurezza delle cure, prestazioni e servizi"; a tale scopo, al fine di facilitare la rendicontazione è stato predisposto un modulo (Allegato 1) nel quale dovranno essere riportate le attività svolte nella propria unità operativa:


- Documenti redatti e adottati
- Eventi formativi organizzati
- Rischi ed eventi segnalati
- Audit clinici effettuati

I Direttori/Responsabili dovranno trasmettere l'Allegato 1 debitamente compilato, all'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, entro e non oltre il 28 febbraio di ogni anno.

Indicatore	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Relazione annuale di <b>Rendicontazione</b> (anno precedente) e <b>Programmazione</b> (anno in corso) delle attività previste nel "PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI"	Annuale (entro 31 Marzo di ogni anno)	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 15. Indicatore di Monitoraggio relazione annuale di rendicontazione e programmazione




	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 18 di 22	

## 7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	FIGURA PROFESSIONALE CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ			
	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico	Direttore/Responsabile Macrostruttura Unità Operativa/ Servizio/Funzione	Referente Qualità e Gestione Rischio Clinico di Unità Operativa/ Servizio/Funzione	Tutto il personale
Aggiornamento periodico e adozione del "Piano Aziendale per la gestione del rischio sanitario, qualità, sicurezza delle cure, prestazioni e servizi"	R			
Adozione, attuazione e implementazione delle azioni previste nel "Piano Aziendale per la gestione del rischio sanitario, qualità, sicurezza delle cure, prestazioni e servizi" nell'Ambito della Macrostruttura o Unità Operativa /Servizio/Funzione di appartenenza		R	C	C
Redazione e Trasmissione relazione annuale di Rendicontazione e Programmazione nel "Piano Aziendale per la gestione del rischio sanitario, qualità, sicurezza delle cure, prestazioni e servizi" (entro il 31 Marzo di ogni anno)	R			

R = responsabile C = coinvolto


	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 19 di 22	

## 8. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

### Riferimenti normativi

- Decreto Assessorato della Sanità 5 ottobre 2005. Costituzione, presso le aziende sanitarie della Regione, le aziende policlinico e le case di cura private, del comitato per il rischio clinico nell'ambito delle strutture operatorie. GURS Parte I n. 44 del 14 ottobre 2005
- Decreto Assessorato della Sanità 11 gennaio 2008. Approvazione degli standard per la gestione del rischio clinico per le strutture ospedaliere e le centrali operative SUES 118. GURS Parte I n. 8 del 15 febbraio 2008
- Decreto Assessorato della Sanità 31 ottobre 2013. Approvazione del Programma regionale per l'attuazione degli interventi operativi per la sicurezza dei pazienti: monitoraggio degli eventi sentinella e implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti. GURS Parte I n. 53 del 29 novembre 2013
- Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015 "regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ministero della salute. Legge, 28/12/2015 n. 208, G.U. 30/12/2015 "legge stabilità 2016"
- Legge 8 marzo 2017 n.24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017
- Ministero della Salute Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III Sicurezza dei Pazienti e Gestione del Rischio Clinico: Manuale per la Formazione degli Operatori Sanitari
- Ministero della Salute Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III Sicurezza dei Pazienti e Gestione del Rischio Clinico Risk Management in Sanità: il problema degli errori 2004
- Assessorato della Salute. Decreto n. 436 del 17 maggio 2021. (p. I) n. 24 del 4 giugno 2021. Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture
- Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)
- Assessorato della Salute. Decreto n. 724 del 09 agosto 2022. GURS Parte I n. 40 del 26/08/2022. Aggiornamento delle disposizioni in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Modifiche al decreto assessoriale 17 aprile 2003, n. 463
- Assessorato della Salute. Decreto n. 725 del 09 agosto 2022. GURS Parte I n. 40 del 26/08/2022. Definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche
- Assessorato della Salute. Decreto n. 45 del 02 febbraio 2022. GURS Parte I n. 9 del 25/02/2022. Disciplina dei rapporti tra l'assessorato della salute e le Aziende sanitarie pubbliche per le attività di verifica affidate dall'OTA ai valutatori ed agli esperti iscritti negli Elenchi tenuti dall'OTA



	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione	PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI	

#### Riferimenti documentali


- Risk management in sanità. Il problema degli errori  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_583\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf)
- Ministero della Salute - Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, Dipartimento della Qualità, Risk Management in Sanità. Il problema degli errori, Ministero della Salute, marzo 2004
- Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità Direzione generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei 117 principi etici di sistema - Ufficio III - "Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella", 2009
- Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria "Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari" Dipartimento della Qualità 2007
- UNI ISO 31000: 2018 "Gestione del rischio - Principi e linee guida"
- Sistema di Gestione per la Qualità e relativi processi della Norma UNI EN ISO 9001:2015 specifica per l'Organizzazione
- PG01 del 24/10/2022 ASP Palermo. Sistema di Gestione Documentale per la redazione di procedure, protocolli, istruzioni operative e PDTA nell'ASP Palermo (Delibera n. 1677 del 10.11.2022)
- PG02 del 21/02/2023 ASP Palermo. Sistema di segnalazione dei rischi e degli eventi – incident reporting (quasi eventi/near miss, eventi senza esito, eventi avversi, eventi sentinella)
- PG03 del 23/02/2023 ASP Palermo. Audit Clinico: metodologia strutturata di analisi proattiva e reattiva

## 9. MONITORAGGIO

Il presente "Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Sanitario, Qualità, Sicurezza delle cure, prestazioni e servizi" viene aggiornato periodicamente, ogniqualvolta necessario, dall'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico, al fine di introdurre e adottare misure di gestione aggiuntive derivanti da esigenze organizzative o nuove introduzioni normative (Figura 16).

Indicatore	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
Aggiornamento/Revisione del "PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI"	Revisione/Aggiornamento Biennale	UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

Figura 16. Indicatore di Monitoraggio relazione annuale di rendicontazione e programmazione

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE	CODICE PG04	
			18/04/2023	
			Revisione 2025	Data Revisione
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI			<i>Pagina 21 di 22</i>	


## 10. CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE

Il presente Piano Aziendale verrà archiviato presso l'U.O.S Qualità e Gestione Rischio Clinico dove sarà reso disponibile per la consultazione; inoltre, presso tutte le Unità Operative/Servizio/Funzione, Dipartimento, Presidio Ospedaliero, Distretto Sanitario in cui verrà registrato, distribuito e diffuso a tutto il personale operante nella Struttura, in forma cartacea o digitale, e reso disponibile per la consultazione.

## 11. ALLEGATI

Allegato 1: rendicontazione attività svolta



	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA GENERALE		CODICE PG04	
				18/04/2023	
		Revisione 2025	Data Revisione		
PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, QUALITÀ, SICUREZZA DELLE CURE, PRESTAZIONI E SERVIZI				Pagina 22 di 22	

## ALLEGATO 1

All'UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico

**Oggetto:** rendicontazione annuale delle attività previste dal "piano aziendale per la gestione del rischio sanitario, qualità, sicurezza delle cure, prestazioni e servizi" relative all'anno.....

DOCUMENTI REDATTI E ADOTTATI (PG01 del 24/10/2022 "Sistema di gestione documentale per la redazione di procedure, protocolli, istruzioni operative e PDTA nell'ASP Palermo")	
1) Documento (procedura/protocollo ecc.):	
Titolo:	
Codice:	data:
2) Documento (procedura/protocollo ecc.):	
Titolo:	
Codice:	data:

EVENTI FORMATIVI ORGANIZZATI	
1) Evento Formativo - ECM (SI/NO):	
Titolo:	
data:	
2) Evento Formativo - ECM (SI/NO):	
Titolo:	
data:	

RISCHI ED EVENTI SEGNALATI (PG 02 del del 21/02/2023 "Sistema di segnalazione dei rischi e degli eventi – incident reporting - (quasi eventi/near miss - eventi senza esito - eventi avversi - eventi sentinella)")	
1) numero Schede di segnalazione inviate (near miss, eventi senza esito, eventi avversi):	
2) numero Schede A inviate (eventi sentinella):	

AUDIT CLINICI EFFETTUATI (PG03 del 23/02/2023 "Audit clinico: metodologia strutturata di analisi proattiva e reattiva")	
1) Titolo dell'Audit:	
data:	
2) Titolo dell'Audit:	
data:	

Direttore/Responsabile Unità Operativa/Servizio/Funzione  
Firma e timbro \_\_\_\_\_