

Azienda Ospedaliero-Universitaria  
Policlinico-Vittorio Emanuele, Catania

**Unità Operativa per la Qualità e Rischio Clinico**

# REPORT ANNUALE 2012



Iniziative e risultati  
per il miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente

**Unità Operativa per la Qualità e Rischio Clinico**

---

<b>Responsabile:</b>	<b>dott. Vincenzo Parrinello</b>
<b>Referente Aziendale per la funzione rischio clinico:</b>	<b>dott. Giuseppe Saglimbeni</b>
<b>Referente per la qualità e il rischio clinico per la funzione infermieristica:</b>	<b>dott.ssa Gabriella Patanè</b>

## Sommario

Premessa.....	1
1. Raccolta segnalazioni di eventi avversi e near miss.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
2. flusso SIMES .....	4
3. Audit 2012.....	6
3.1 Audit cartella clinica .....	9
3.2 Audit cartella infermieristica .....	15
3.3 Audit scheda unica di terapia .....	17
3.5 Audit consenso informato.....	21
3.6 Audit conservazione dei farmaci .....	27
3.6.1 Armadi farmaci.....	27
3.6.2 carrello emergenza .....	33
4. denunce sinistri.....	42
5. reclami.....	42

## Premessa



## 1. Unità Operativa di Medicina Interna - P.O. G. Rodolico

Direttore: Prof. P. Castellino  
Referente per la Qualità e Rischio Clinico: Prof. R. Catanzaro  
Coordinatore Infermieristico: dott.ssa

**Obiettivo n. 1** Adozione e completezza modello aziendale consenso informato nel 100% dei casi in cui è previsto.

**Obiettivo n. 2** Formazione interna su tutte le procedure di pertinenza, predisposte dall'U.O. per la Qualità e il Rischio Clinico, con registrazione degli incontri.

**Obiettivo n. 4** Adozione e completezza scheda unica terapia nel 100% dei ricoveri ordinari.

**Obiettivo n. 5** Valutazione del rischio TEV in ogni paziente mediante scheda di valutazione da archiviare in cartella clinica.

**Obiettivo n. 6** **Somministrazione questionario qualità percepita a tutti i pazienti in ricovero ordinario, al momento della dimissione.**

Nell'anno 2012, non sono pervenuti questionari di valutazione della qualità percepita dall'U.O. di Medicina Interna del PO G. Rodolico.

Nelle 307 segnalazioni di eventi avversi o incidenti mancati relativi ai farmaci, il farmaco interessato era indicato in 141 casi. 49 riguardavano gli antibiotici, 25 gli analgesici e 23 l'insulina.

Tipo di farmaco coinvolto nell'evento avverso/mancato incidente 141 casi (2007-2011)		
Farmaco	n. casi	%
KCI	1	0,6%
digitale	2	1,2%
ipoglicemizzanti orali	7	4,1%
antiaritmici	17	9,9%
eparina a basso peso molecolare	23	13,5%
insulina	31	18,1%
analgesici	25	14,6%
antibiotici	65	38,0%
<b>totale</b>	<b>171</b>	<b>100,0%</b>

## 2. flusso SIMES

Nel corso dell'anno 2011 sono stati segnalati 12 casi al Ministero della Salute e al Servizio 5 del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico della Regione, competente per la materia.

Gli eventi sentinella hanno interessato problematiche relative ad atti di violenza a carico di operatori (5 casi), rilascio di corpo estranei o di materiale all'interno del sito chirurgico (1 caso), morte o grave danno per caduta di paziente (4 casi) altri eventi avversi che hanno causato danno al paziente (2 casi).

Gli eventi sono già stati segnalati al Ministero della Salute ed all'Assessorato Regionale della Salute ed è stata eseguita, con la collaborazione degli operatori interessati, un'analisi dei fattori che possono aver contribuito al determinarsi dell'evento, al fine di implementare le necessarie azioni di miglioramento.

L'analisi di tali eventi ha fatto emergere le seguenti criticità: problemi di comunicazione medico paziente, problemi di comunicazione fra operatori, scarsa diffusione, conoscenza ed adesione alle procedure adottate dall'Azienda.

In ogni caso le segnalazioni hanno consentito all'Azienda di intervenire con azioni correttive nei casi segnalati ed in particolare:

- Per la violenza a carico di operatori, è stato rafforzato il sistema di vigilanza con la costante presenza di un operatore del servizio di vigilanza al PS generale ed è stata effettuata comunicazione a le Unità Operative dei numeri per l'intervento rapido della vigilanza interna. Inoltre nei corsi di formazione per il rischio clinico il Servizio di



Psicologia ha specificamente curato gli aspetti della comunicazione fra operatori e utenti e fra gli stessi operatori. Inoltre è in fase di sviluppo un progetto per migliorare l'accoglienza in PS attraverso l'impiego di personale di associazioni di volontariato.

- Come richiesto dal Ministero della Salute, è stata avviata, un'analisi delle cadute che ha evidenziato una scarsa adesione del personale alle procedure aziendali ed in particolare della scheda di valutazione del rischio caduta presente in cartella infermieristica (anche a tal proposito un gruppo di studio coordinato dal Servizio Infermieristico del Policlinico G. Rodolico sta elaborando una nuova e più completa cartella infermieristica. Sono stati richiesti interventi al Settore Tecnico per la rimozione delle cause strutturali che hanno contribuito in taluni casi al determinarsi dell'evento. Sono stati diffusi tramite il sito internet i quaderni per la sicurezza del paziente ( a tal proposito una nota è stata inviata a tutte le Unità Operative) fra cui il regolamento per la gestione del rischio caduta. Sono stati diffusi poster informativi presso le Unità Operative riportanti istruzioni per il contenimento del rischio di caduta. Alla luce della Raccomandazione Ministeriale n° 13 è in fase di revisione il regolamento aziendale per le cadute.
- Pare importante segnalare che presso il Pronto Soccorso Generale è stata avviata la sperimentazione di un sistema di alert per la gestione dei pazienti a rischio caduta già a partire dal triage.
- Relativamente ad un evento collegato al rilascio di corpo estraneo nel campo operatorio sono state introdotte nella sala operatoria ove si è verificato l'evento nuove e più complete schede per la conta di garze e altri strumenti;

- In relazione all'evento collegato alla gestione del carrello di emergenza, verificatosi presso il P.O. Gaspare Rodolico, è stata sviluppata una nuova procedura per la gestione del carrello, la cui applicazione peraltro è stata verificata attraverso una specifica attività di audit.

### **3. Audit 2012**

Anche per il 2012 è proseguita l'attività di audit avviata sin dal 2006 dall'Unità Operativa per la Qualità ed il Rischio Clinico.

Nel corso dell'anno 2012 l'attività di audit è stata estesa, con l'apporto di un gruppo di auditors appositamente formati, anche al PO G. Rodolico.

Sono stati svolti i seguenti audit.

Piano audit 2012											
Data	19 marzo	20 marzo	21 marzo	22 marzo	17 aprile	18 aprile	16 novembre	26 novembre	10 dicembre	12 dicembre	13 dicembre
Attività											
Carrello di emergenza					PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino	PPOO Vittorio Emanuele Ferrarotto S.Bambino	PO G. Rodolico			
Cartella clinica	PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino	PO G. Rodolico	PO G. Rodolico							
Cartella infermieristica	PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino	PO G. Rodolico	PO G. Rodolico							
Gestione della terapia	PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino	PO G. Rodolico	PO G. Rodolico							
Consenso informato intervento	PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino	PO G. Rodolico	PO G. Rodolico							
Consenso informato anestesia	PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino	PO G. Rodolico	PO G. Rodolico							
Registro operatorio	PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino	PO G. Rodolico	PO G. Rodolico							
Cartella anestesologica	PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino	PO G. Rodolico	PO G. Rodolico							

Piano audit 2012											
Data	19 marzo	20 marzo	21 marzo	22 marzo	17 aprile	18 aprile	16 novembre	26 novembre	10 dicembre	12 dicembre	13 dicembre
Attività											
Gestione della conservazione dei farmaci					PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino			PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino	PO G. Rodolico
Gestione della conservazione delle soluzioni concentrate di KCI					PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino			PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino	PO G. Rodolico
Gestione dei farmaci al alto livello di attenzione					PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino					
Gestione della conservazione dei farmaci nei frigoriferi					PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino					
Gestione delle registrazioni delle manutenzioni preventive e correttive delle apparecchiature					PO Vittorio Emanuele	PPOO Ferrarotto S.Bambino					

Gli audit sono stati finalizzati alla verifica del rispetto dei requisiti previsti normativa cogente, delle Raccomandazioni del Ministero della Salute, della norma UNI EN ISO 9001:2008, degli standard di JCI adottati dalla Regione Siciliana e, per le UU.OO. di chirurgia, della Carta della Qualità in Chirurgia della Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiana – Cittadinanzattiva.

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata dall'Unità Operativa per la Qualità e il Rischio Clinico e la reportistica è stata inviata ai Direttori delle Unità Operative, ai Referenti per la Qualità delle Unità Operative ed ai Coordinatori Infermieristici.

### 3.1 Audit cartella clinica

Nel corso degli audit è stato verificato il livello di adesione delle modalità di compilazione della cartella clinica rispetto ai requisiti pertinenti della norma UNI EN ISO 9001:2008, del decreto assessoriale 890/2002 relativo ai requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della regione siciliana, agli standard JCI e ai regolamenti e delle procedure in uso in azienda.

Tali requisiti e standards prevedono che nella cartella clinica debba essere riportato sempre:

- nome, cognome e data di nascita del paziente,<sup>1-2</sup>
- l'anamnesi ed in particolar modo l'anamnesi farmacologica e ad allergie a farmaci e/o alimenti,<sup>3</sup>

<sup>1</sup> International patient safety goal n. 1: Identificare correttamente il paziente.

<sup>2</sup> PGS-UOQ-7-11 procedura generale prevenzione degli errori nella identificazione del paziente: "Il paziente è identificato da nome, cognome e data di nascita."

- l'esame obiettivo generale e locale,<sup>4-5</sup>
- la diagnosi d'ingresso e la diagnosi di dimissione,
- l'ora della valutazione iniziale,<sup>6-7</sup>
- ove pertinente la descrizione dell'intervento chirurgico, il consenso informato all'intervento/procedura invasiva ed all'anestesia,<sup>8-9</sup>
- le procedure cui il paziente è stato sottoposto,<sup>10</sup>
- la descrizione delle condizioni del paziente al momento della dimissione,<sup>11</sup>
- copia della lettera di dimissione/trasferimento con le indicazioni per il follow-up.<sup>12-13</sup>

- 
- 3 Standard MMU.5.1: "Le prescrizioni e le richieste di terapia farmacologica sono verificate in quanto ad appropriatezza." Intento "Il processo di verifica della prescrizione o della richiesta di terapia comprende una valutazione dei seguenti elementi:.... allergie o sensibilità reali o potenziali;...." Manuale degli standard JCI per l'accreditamento degli ospedali.
- 4 Standard AOP.1.2: "La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici e comprende l'anamnesi e l'esame obiettivo." Manuale degli standard JCI per l'accreditamento degli ospedali.
- 5 D.P.C.M. 27.06.86 art. 35 afferma che "...è prescritta, per ogni ricoverato, la compilazione della cartella clinica da cui risultino le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esiti e i postumi.";
- 6 Standard AOP.1.4.1: "Le valutazioni iniziali medica e infermieristica sono completate entro le prime 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero ordinario oppure entro tempi più brevi come indicato dalle condizioni del paziente o dalla politica ospedaliera." Manuale degli standard JCI per l'accreditamento degli ospedali.
- 7 Standard AOP.1.5.1: "La valutazione medica iniziale è documentata prima dell'anestesia o del trattamento chirurgico." Manuale degli standard JCI per l'accreditamento degli ospedali.
- 8 Standard ASC.7.2: "L'intervento chirurgico eseguito è scritto in cartella clinica." Manuale degli standard JCI per l'accreditamento degli ospedali.
- 9 Standard PFR.6.4 Il consenso informato è acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emocomponenti e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio. Manuale degli standard JCI per l'accreditamento degli ospedali.
- 10 Standard COP.2.3: "Le procedure eseguite sono documentate in cartella clinica." Manuale degli standard JCI per l'accreditamento degli ospedali.
- 11 Standard AOP.2: "Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati, al fine di determinare la loro risposta al trattamento e per pianificare la continuità delle cure o la dimissione." Manuale degli standard JCI per l'accreditamento degli ospedali.
- 12 Standard ACC.3.2: "La cartella clinica contiene una copia della lettera di dimissione. Manuale degli standard JCI per l'accreditamento degli ospedali."
- 13 Standard ACC.3.3: "Alla dimissione e/o in occasione dell'invio ad altro professionista sanitario, il paziente e laddove opportuno i suoi familiari ricevono istruzioni comprensibili riguardo il follow-up." Manuale degli standard JCI per l'accreditamento degli ospedali.

Inoltre:

- deve essere identificabile il medico che ha redatto la cartella clinica (ha cioè raccolto l'anamnesi ed effettuato l'esame obiettivo, all'ingresso in reparto),
- le annotazioni devono riportare sempre la data, l'ora e la firma del medico che le ha effettuate, **14-15**
- non devono essere presenti cancellature. **16-17-18**

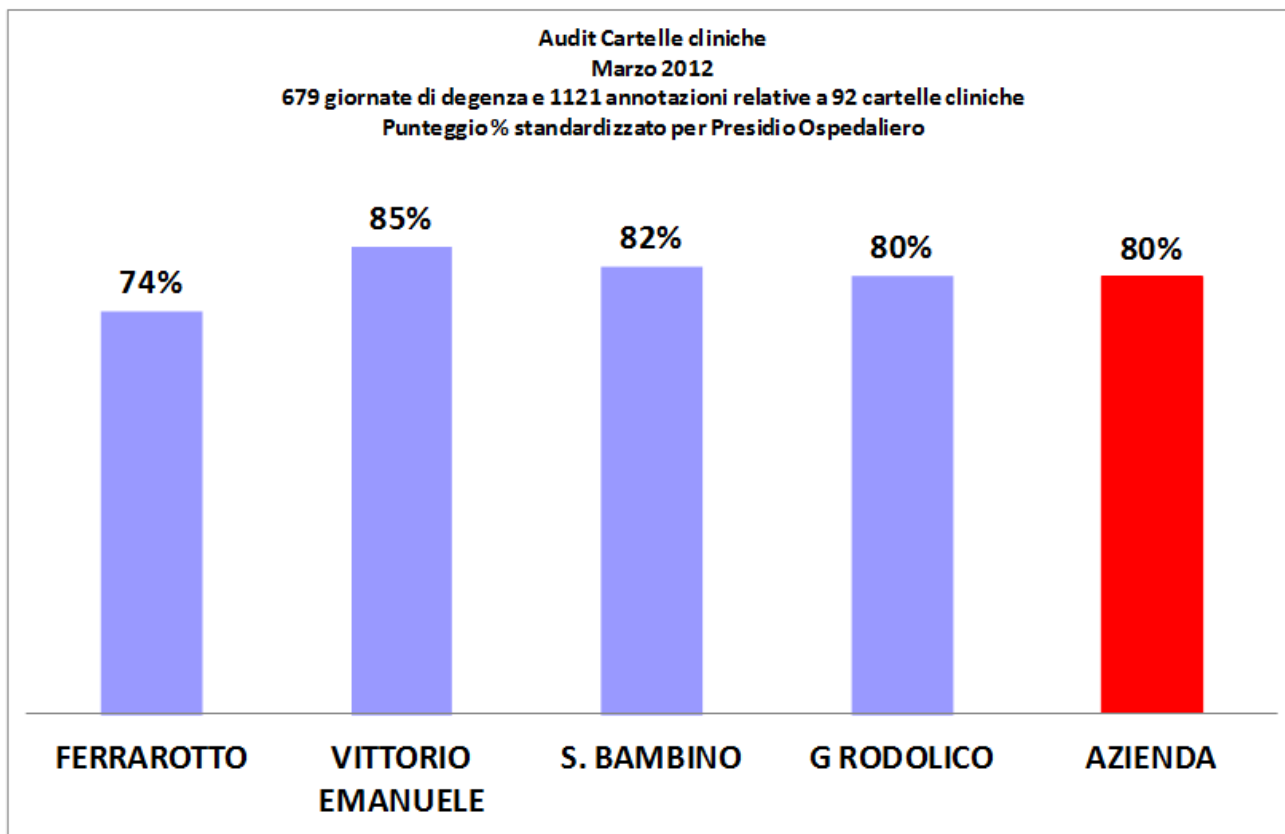
Nel corso dell'audit che si è svolto il 19-20-21-22 marzo 2012, sono state esaminate 679 giornate di degenza e 1121 annotazioni relative a 92 cartelle cliniche.

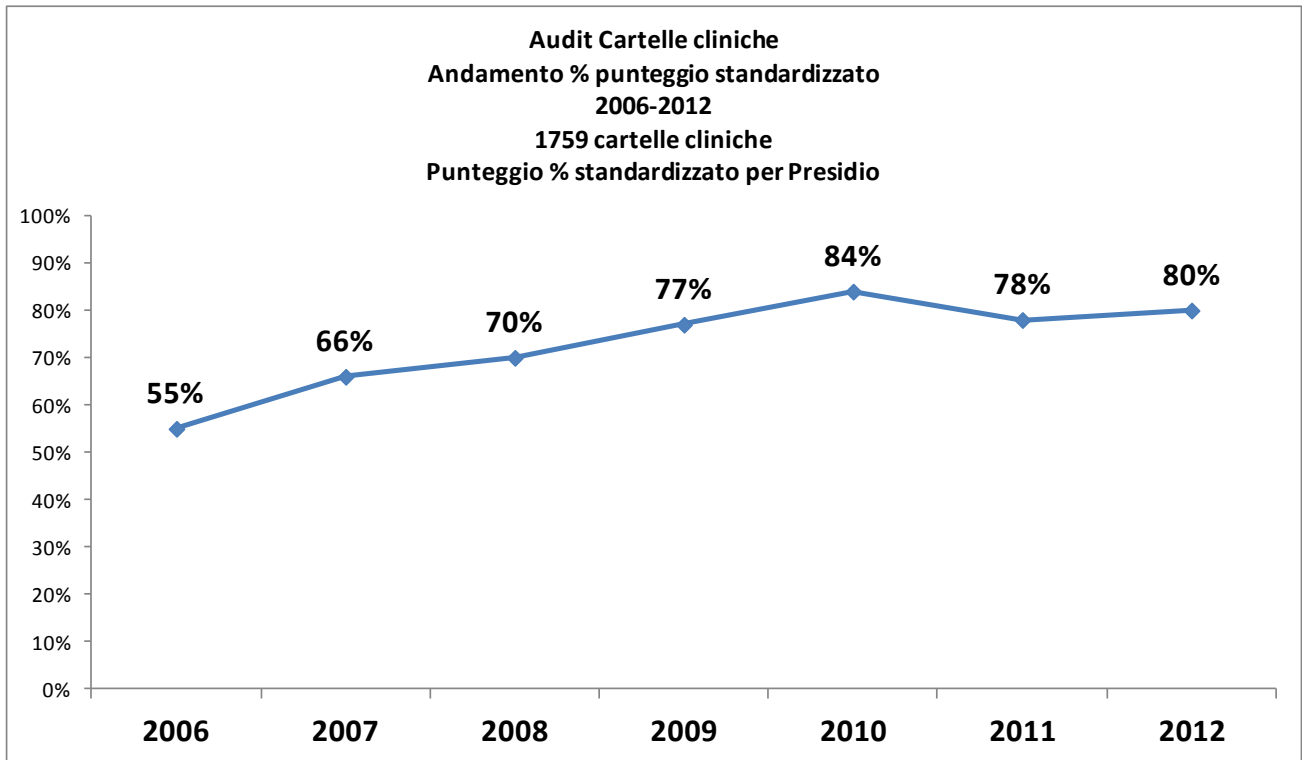
- 
- 14 Standard MCI.19.3 Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificarne l'autore e la data. Manuale degli standard JCI per l'accreditamento degli ospedali.
- 15 DA 890/2002 “nella compilazione della documentazione relativa all'utenza (cartelle cliniche, schede ambulatoriali ecc.)...deve risultare identificabile l'operatore che redige, per la parte di competenza.”
- 16 La cartella clinica “adempie la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, per cui gli eventi devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi...” “le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici” Cassazione sez. V penale, 21 aprile-11 novembre 1983, n. 9423
- 17 La cartella clinica “acquista il carattere di definitività in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla sfera di disponibilità del suo autore nel momento in cui la singola annotazione viene registrata; ed ogni annotazione assume, pertanto, autonomo valore documentale e spiega efficacia nel traffico giuridico non appena trascritta, con la conseguenza che una successiva alterazione da parte del compilatore costituisce falsità punibile, ancorché il documento sia ancora nella sua materiale disponibilità, in attesa della trasmissione alla Direzione sanitaria per la definitiva” Cassazione, sez. V penale 21 aprile-11 novembre 1983, n. 9423
- 18 “L'annotazione deve quindi avvenire contestualmente; uscendo al tempo stesso dalla disponibilità del suo autore e acquistando carattere di definitività per cui tutte le successive modifiche, aggiunte, alterazioni e cancellazioni integrano falsità in atto pubblico” Cassazione, sez. V penale, 17 febbraio-23 marzo 2004, n. 1389

<b>Audit Cartelle cliniche</b> <b>Marzo 2012</b> <b>679 giornate di degenza e 1121 annotazioni relative a 92 cartelle cliniche</b> <b>Punteggio % standardizzato</b>	<b>%SI</b>
Nome e cognome	<b>100,0%</b>
Data di nascita	<b>94,8%</b>
Anamnesi	<b>95,8%</b>
Anamnesi allergie a farmaci e/o alimenti	<b>71,3%</b>
Anamnesi farmacologica	<b>76,8%</b>
Esame obiettivo generale	<b>75,3%</b>
Esame obiettivo locale	<b>87,2%</b>
Diagnosi d'ingresso	<b>88,3%</b>
Diagnosi di dimissione	<b>84,4%</b>
Firma del medico che ha redatto la cartella clinica	<b>68,5%</b>
È identificabile il medico che ha redatto la cartella clinica	<b>63,0%</b>
Ora della valutazione iniziale	<b>68,1%</b>
Il diario clinico riporta tutte le giornate di degenza	<b>78,0%</b>
L'intervento chirurgico è documentato nella cartella clinica del paziente	<b>74,2%</b>
Consenso informato all'intervento	<b>78,9%</b>
Consenso informato all'anestesia/sedazione	<b>78,9%</b>
Le procedure cui il paziente è stato sottoposto, sono riportate in cartella	<b>81,9%</b>
La rivalutazione prima della dimissione descrive le condizioni del paziente	<b>66,3%</b>
È presente copia della lettera di dimissione/trasferimento	<b>79,5%</b>
La lettera di dimissione contiene indicazioni per il follow-up	<b>84,1%</b>
La gestione delle cancellature è corretta	<b>79,7%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>80%</b>



<b>Audit Cartelle cliniche</b> <b>Marzo 2012</b> <b>679 giornate di degenza e 1121 annotazioni relative a 92 cartelle cliniche</b> <b>Punteggio % standardizzato</b>		%SI
In quante annotazioni è riportata la data		<b>79,5%</b>
In quante annotazioni è riportata l'ora		<b>86,0%</b>
In quante annotazioni è riportata la firma del medico		<b>78,9%</b>
In quante valutazioni è identificabile il medico		<b>66,3%</b>





### 3.2 Audit cartella infermieristica

Nel corso degli audit è stato verificato il livello di adesione delle modalità di compilazione della cartella infermieristica rispetto ai requisiti pertinenti della norma UNI EN ISO 9001:2008, del decreto assessoriale 890/2002 relativo ai requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della regione siciliana, agli standard JCI e ai regolamenti e delle procedure in uso in azienda.

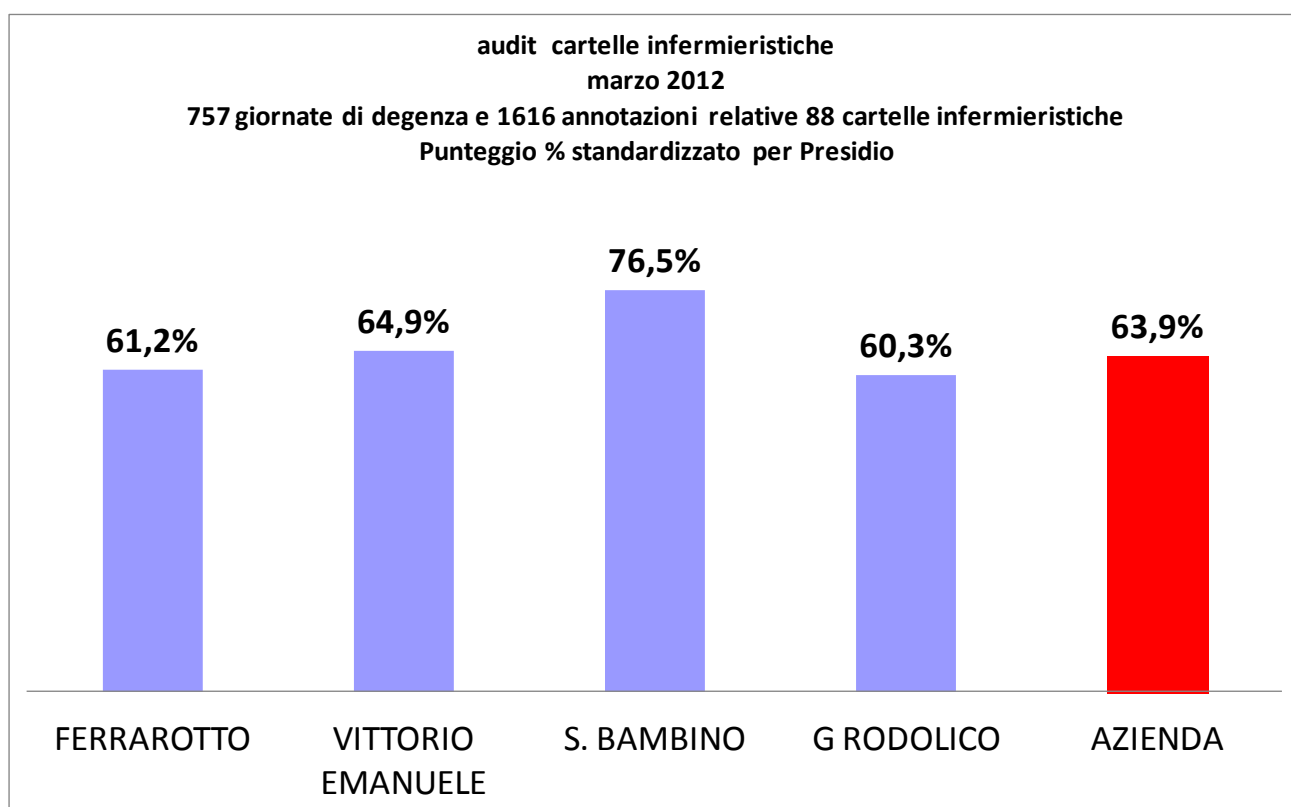
I requisiti e gli standards sono sovrapponibili a quelli della cartella clinica.

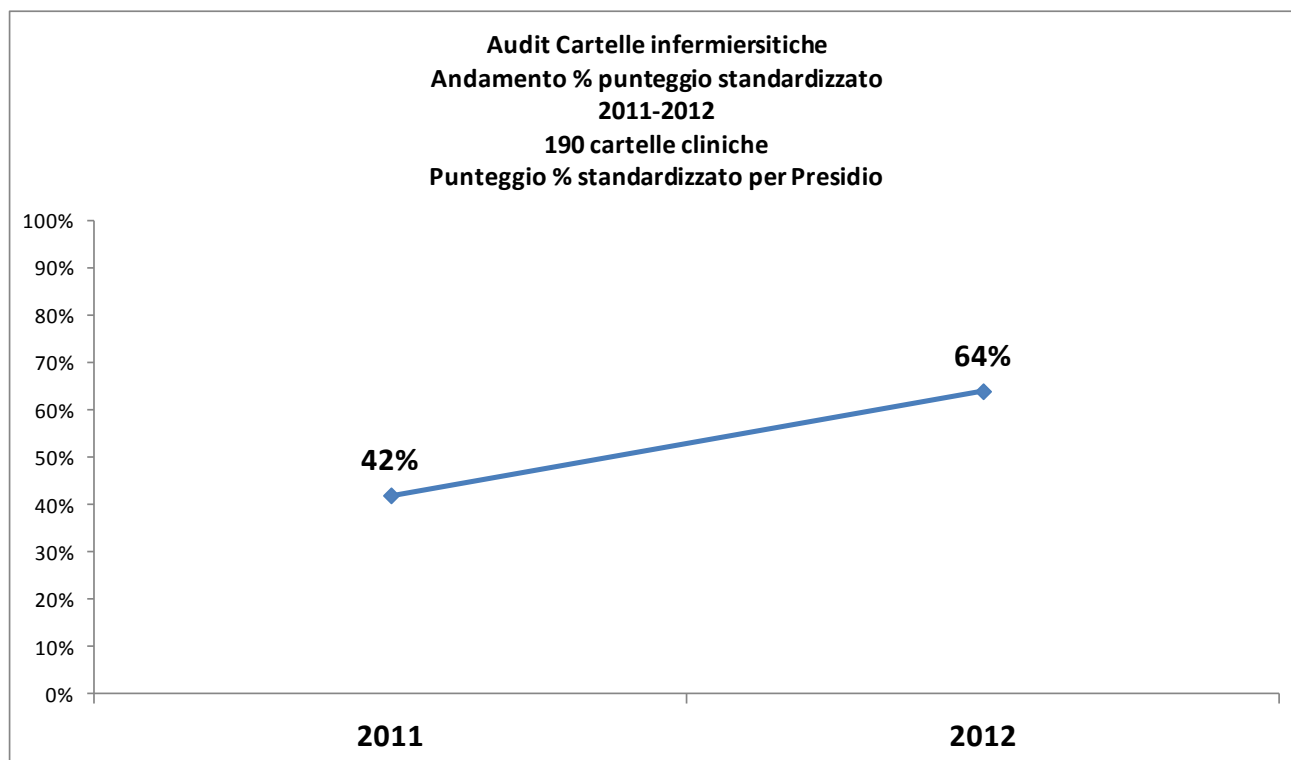
Nel corso dell'audit che si è svolto il 19-20-21-22 marzo 2012, sono state esaminate 757 giornate di degenza e 1616 annotazioni relative a 88 cartelle infermieristiche.

<b>Audit Cartelle infermieristiche Marzo 2012 757 giornate di degenza e 1616 annotazioni relative a 88 cartelle infermieristiche Punteggio % standardizzato</b>	<b>%SI</b>
nome e cognome del paziente	93,2%
data di nascita del paziente	90,9%
diagnosi d'ingresso	76,1%
anamnesi di eventuali allergie a farmaci e/o alimenti	70,4%
anamnesi infermieristica	67,1%
firma dell'infermiere che ha redatto la cartella infermieristica	70,9%
identificabilità dell'infermiere che ha redatto la cartella infermieristica	51,2%
viene valutato il rischio di caduta	39,5%
viene valutato il rischio di lesioni da decubito	31,4%
sono effettuate le registrazioni sull'utilizzo dei presidi nelle procedure diagnostiche terapeutiche	38,0%
<b>TOTALE</b>	<b>63,9%</b>

Le annotazioni non riportano sempre la data, l'ora e la firma dell'infermiere che le ha effettuate.

<b>Audit Cartelle infermieristiche</b> <b>Marzo 2012</b> <b>757 giornate di degenza e 1616 annotazioni relative a 88 cartelle infermieristiche</b> <b>Punteggio % standardizzato</b>		<b>%SI</b>
annotazioni che è riportano la data		<b>69,2%</b>
annotazioni che è riportano l'ora		<b>44,1%</b>
annotazioni che è riportano la firma dell'infermiere		<b>90,5%</b>
annotazioni nelle quali è identificabile dell'infermiere		<b>65,4%</b>





### 3.3 Audit scheda unica di terapia

Nel corso dell'audit è stato verificato il livello di adesione delle modalità di prescrizione della terapia al modello teorico di riferimento, rappresentato dai requisiti pertinenti della norma UNI EN ISO 9001:2008, dalla raccomandazione n. 7 del ministero della salute e dei regolamenti e delle procedure in uso in azienda.

Tale modello teorico prevede l'utilizzo di una scheda unica di terapia e che le prescrizioni:

- siano leggibili<sup>19</sup>
- riportino l'ora di somministrazione
- riportino la via di somministrazione<sup>19</sup>
- riportino la posologia<sup>19</sup>
- riportino la firma del medico prescrittore
- riportino la firma dell'infermiere che ha effettuato la somministrazione.

Inoltre la terapia al bisogno deve riportare i parametri condizionanti la somministrazione.<sup>20</sup>

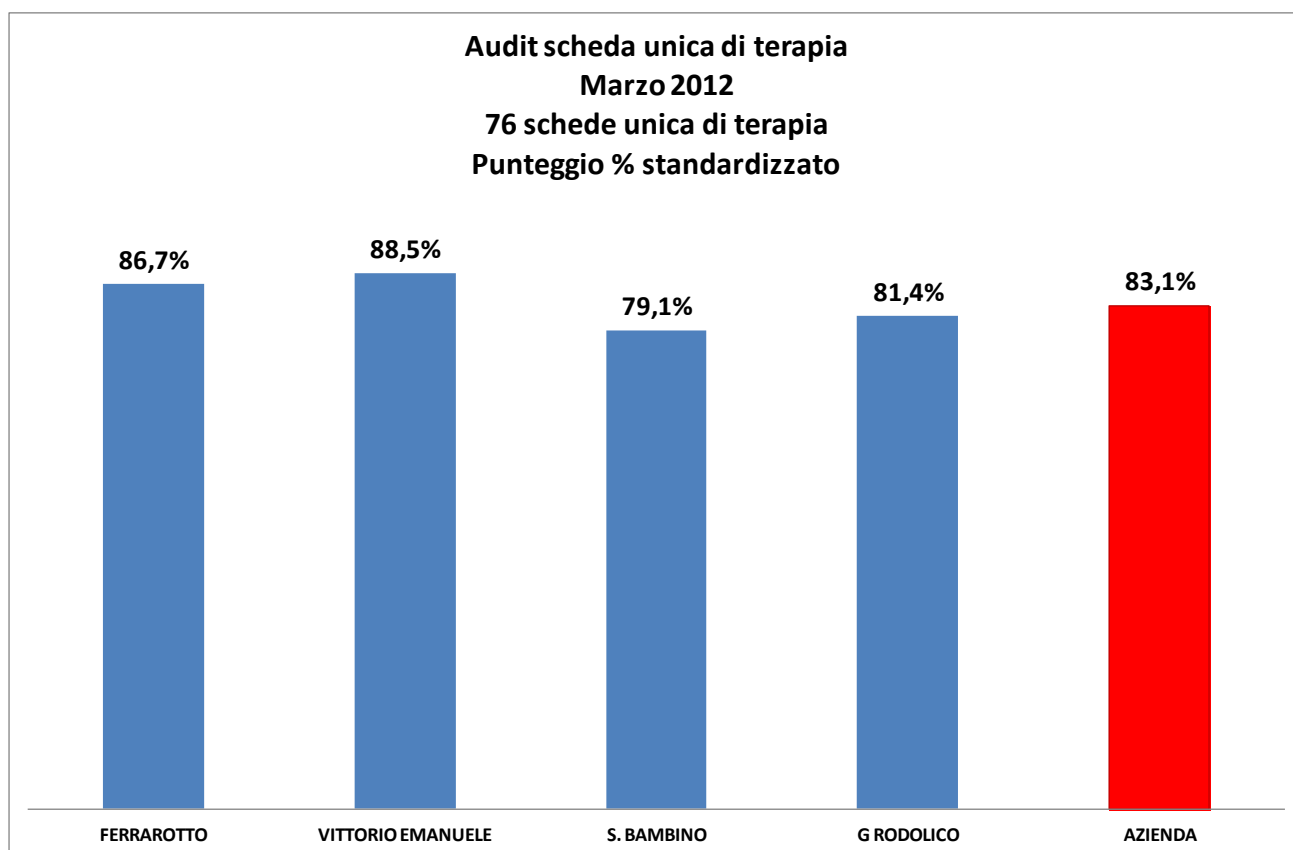
Sono state esaminate 76 schede uniche di terapia.

<b>Audit scheda unica di terapia Marzo 2012 76 schede uniche di terapia Punteggio % standardizzato</b>	<b>FERRAROTTO</b>	<b>VITTORIO EMANUELE</b>	<b>S. BAMBINO</b>	<b>G RODOLICO</b>	<b>AZIENDA</b>
<b>viene utilizzata una scheda unica di terapia</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>86,8%</b>	<b>93,4%</b>
<b>sono indicati i dati anagrafici completi del paziente</b>	<b>53,3%</b>	<b>100,0%</b>	<b>81,8%</b>	<b>63,2%</b>	<b>69,7%</b>
<b>le prescrizioni sono leggibili</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>97,4%</b>	<b>98,7%</b>
<b>le prescrizioni riportano l'ora di somministrazione</b>	<b>100,0%</b>	<b>83,3%</b>	<b>81,8%</b>	<b>86,8%</b>	<b>88,2%</b>
<b>le prescrizioni riportano la via di somministrazione</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>le prescrizioni riportano la posologia</b>	<b>73,3%</b>	<b>100,0%</b>	<b>72,7%</b>	<b>92,1%</b>	<b>86,8%</b>
<b>la terapia al bisogno riporta i parametri condizionanti</b>	Non applicabile	<b>33,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>28,6%</b>	<b>25,9%</b>

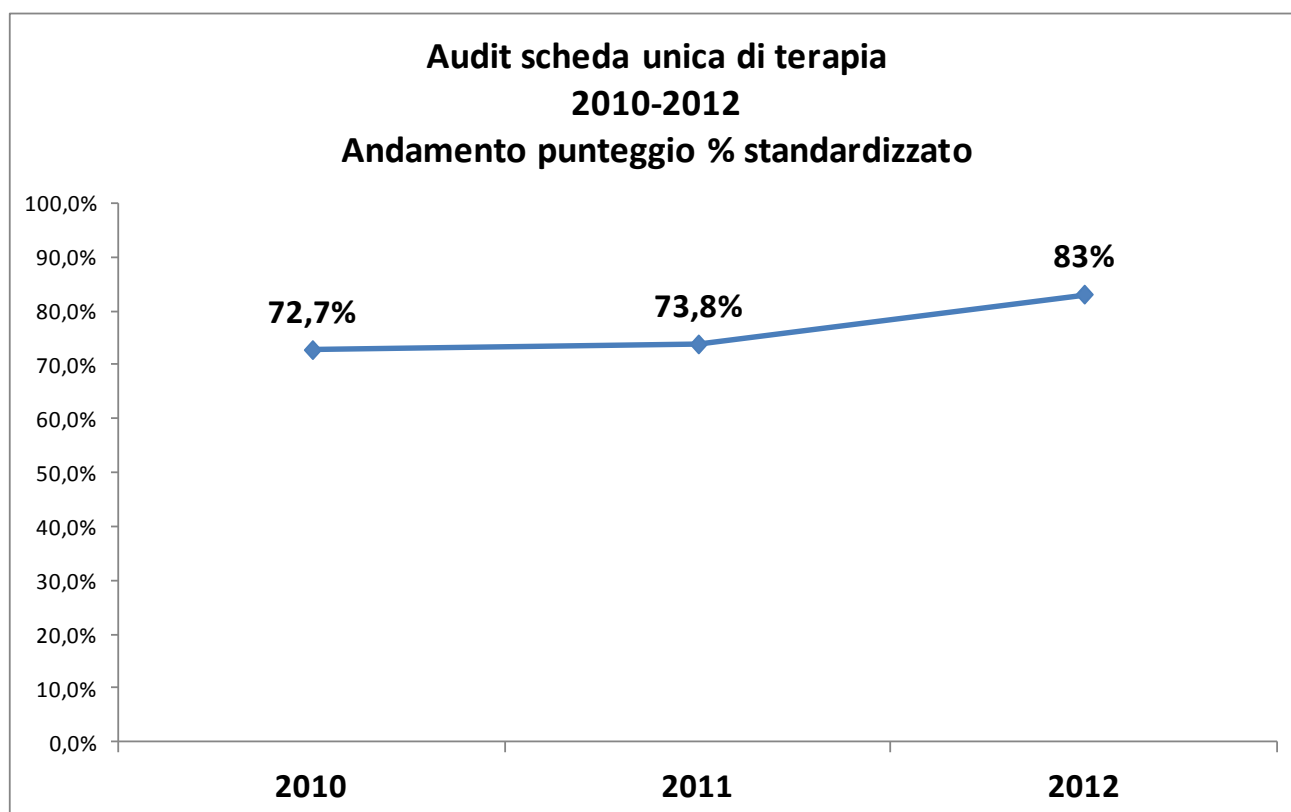
<sup>19</sup> “Le cause più comuni di errore nella fase di prescrizione sono rappresentate da...prescrizione illeggibile (cattiva grafia) o firma illeggibile;...prescrizione incompleta o che genera confusione relativamente alla via di somministrazione, alla dose o alla forma farmaceutica;... “ Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica. 2008

<sup>20</sup> “...Evitare nelle prescrizioni la frase “al bisogno”, ma, qualora riportata, deve essere specificata la posologia, la dose massima giornaliera e l’eventuale intervallo di tempo fra le somministrazioni;...” Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica. 2008

Audit scheda unica di terapia Marzo 2012 76 schede unica di terapia Punteggio % standardizzato	FERRAROTTO	VITTORIO EMANUELE	S. BAMBINO	G RODOLICO	AZIENDA
le prescrizioni riportano la firma del medico prescrittore	80,0%	66,7%	45,5%	71,1%	68,4%
le prescrizioni riportano la firma dell'infermiere che ha effettuato la somministrazione	86,7%	83,3%	72,7%	81,6%	81,6%
<b>TOTALE</b>	<b>86,7%</b>	<b>88,5%</b>	<b>79,1%</b>	<b>81,4%</b>	<b>83,1%</b>



<b>Audit scheda unica di terapia 2010-2012 Andamento punteggio % standardizzato</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Utilizzo della scheda unica di terapia	76%	86%	93,4%
Leggibilità delle prescrizioni	95%	98%	98,7%
le prescrizioni riportano l'ora di somministrazione	--	95%	88,2%
le prescrizioni riportano la via di somministrazione	--	94%	100,0%
le prescrizioni riportano la posologia	90%	80%	86,8%
La prescrizione riporta sempre la forma farmaceutica	84%	--	--
firma del medico prescrittore	61%	56%	68,4%
firma dell'infermiere che ha effettuato la prescrizione	61%	72%	81,6%
Le prescrizioni riportano abbreviazioni	61%		
la terapia al bisogno riporta i parametri condizionanti	--	9%	25,9%
<b>TOTALE</b>	<b>72,7%</b>	<b>73,8%</b>	<b>83,1%</b>





### 3.5 Audit consenso informato

Nel corso dell'audit è stato verificato il livello di adesione delle modalità di compilazione del modulo di consenso informato ai requisiti pertinenti della norma UNI EN ISO 9001:2008, del decreto assessoriale 890/2002 relativo ai requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della regione siciliana, agli standard JCI, alla linea guida regionale del 13 settembre 2006 e ai regolamenti e delle procedure in uso in azienda.

Tale modello teorico prevede che il modulo di consenso informato riporti sempre almeno:

- i dati identificativi della struttura sanitaria e dell'unità operativa
- i dati identificativi del paziente
- la data di in cui l'informativa è stata fornita<sup>21.22</sup>
- una sintesi della situazione clinica del paziente
- la descrizione dell'atto sanitario
- la data di compilazione del modulo
- la firma del paziente

---

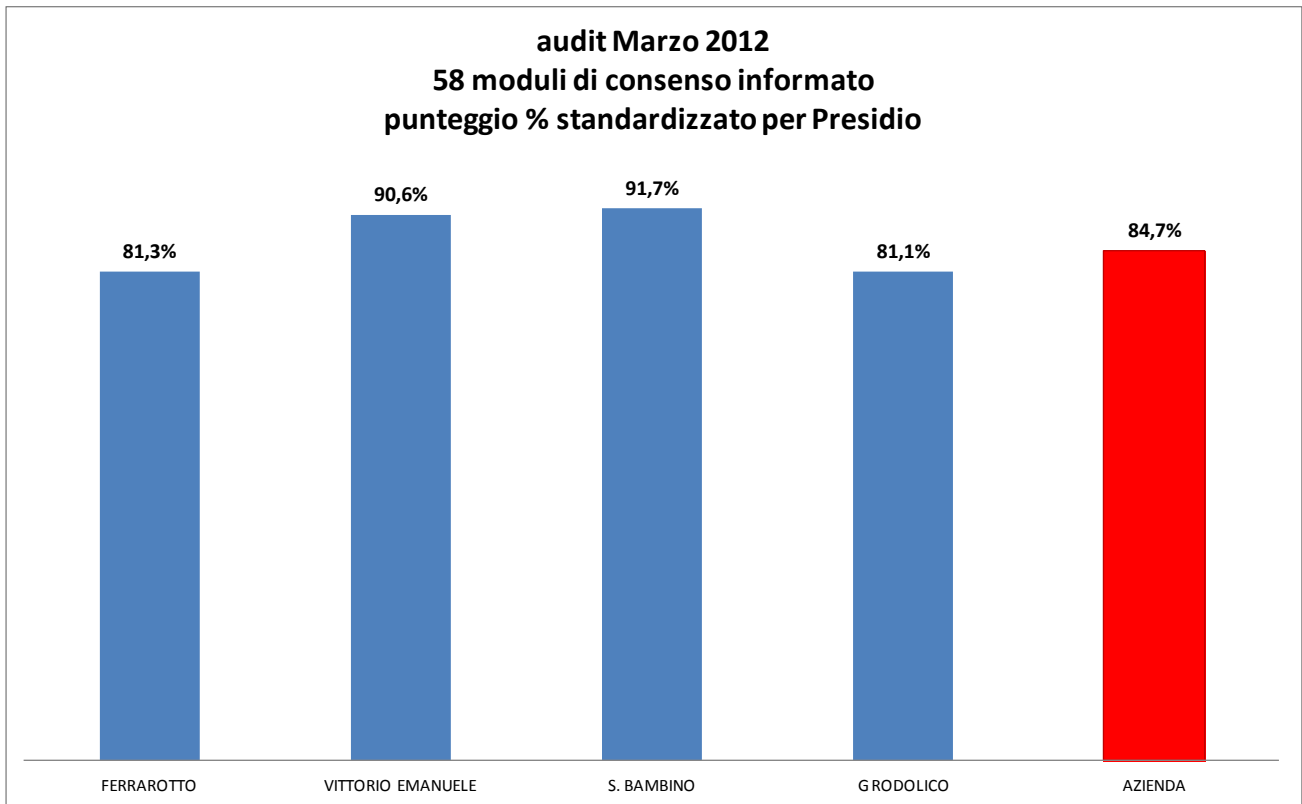
21 "Nel contratto di prestazione d'opera intellettuale tra il chirurgo e il paziente, il **professionista** anche quando l'oggetto della sua prestazione sia solo di mezzi e non di risultato, **ha il dovere di informare il paziente** sulla natura dell'intervento, sulla portata ed estensione dei suoi risultati e sulle possibilità e probabilità dei risultati conseguibili, sia perché violerebbe, in mancanza, il dovere di comportarsi secondo buona fede nello svolgimento delle trattative e nella formazione del contratto (art. 1337), sia perché tale condizione è condizione indispensabile per la validità del consenso, che deve essere consapevole, al trattamento terapeutico e chirurgico... (Omissis)". Cassazione Civile sentenza n. 10014/94

22 "Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata." Codice deontologico. Art 33. 2006

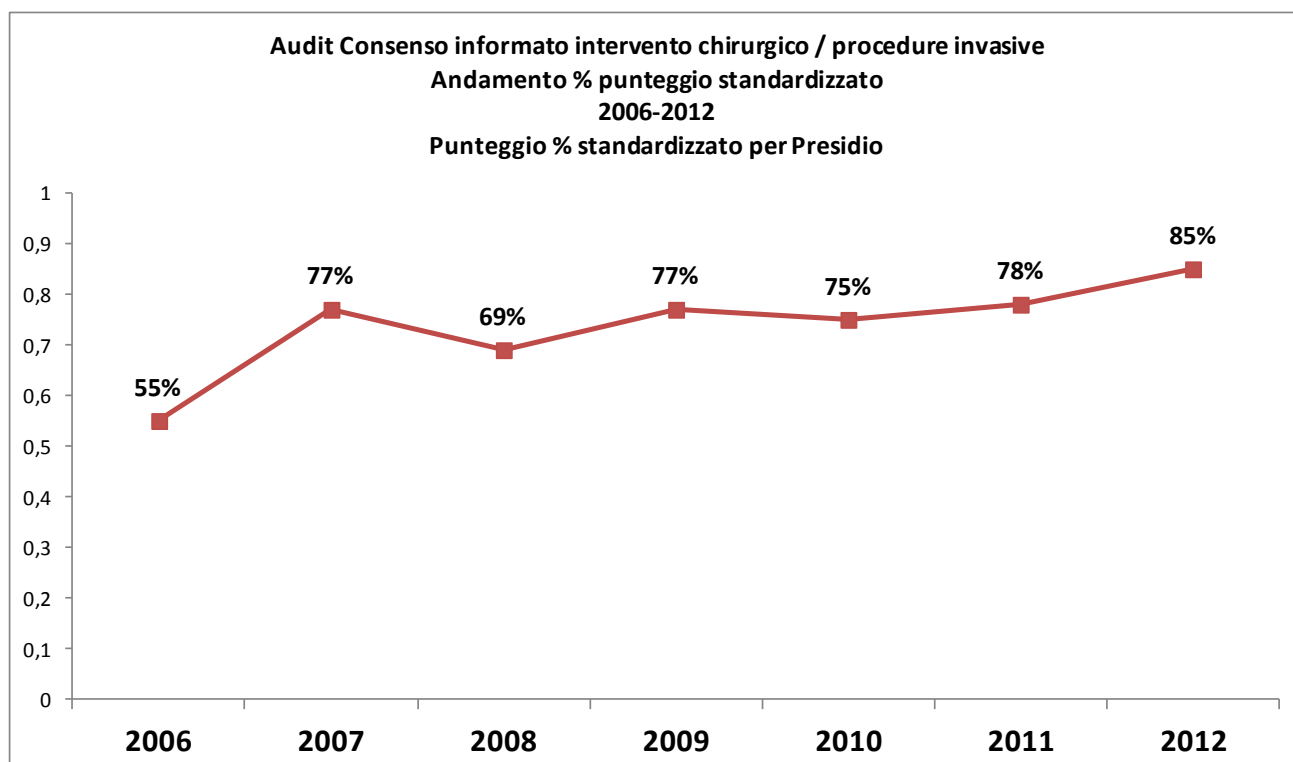
- la firma del medico che ha acquisito il consenso

Nel corso dell'audit che si è svolto nel marzo 2012, sono state esaminati 58 moduli di consenso informato, relativi ad interventi chirurgici e procedure invasive e 47 moduli di consenso informato, relativi a procedure anestesiolgiche.

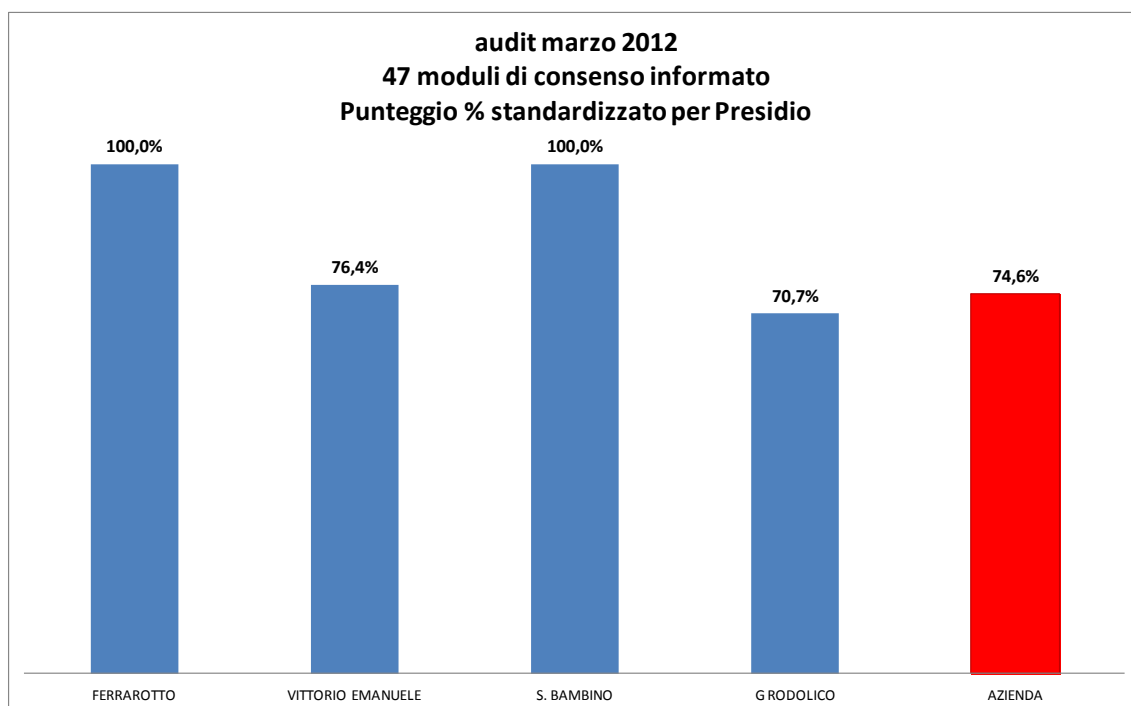
<b>Audit consenso informato all'intervento chirurgico / procedura invasiva</b> <b>Marzo 2012</b> <b>58 moduli di consenso informato</b> <b>Punteggio % standardizzato</b>	<b>AZIENDA</b>
	<b>%SI</b>
<b>dati identificativi della struttura sanitaria e dell'unità operativa</b>	<b>82,8%</b>
<b>dati identificativi del paziente</b>	<b>84,5%</b>
<b>data di in cui l'informativa è stata fornita</b>	<b>81,0%</b>
<b>sintesi della situazione clinica del paziente</b>	<b>67,8%</b>
<b>descrizione dell'atto sanitario</b>	<b>87,9%</b>
<b>data di compilazione del modulo</b>	<b>93,1%</b>
<b>firma del paziente</b>	<b>100,0%</b>
<b>firma del medico che ha acquisito il consenso</b>	<b>81,0%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>84,7%</b>



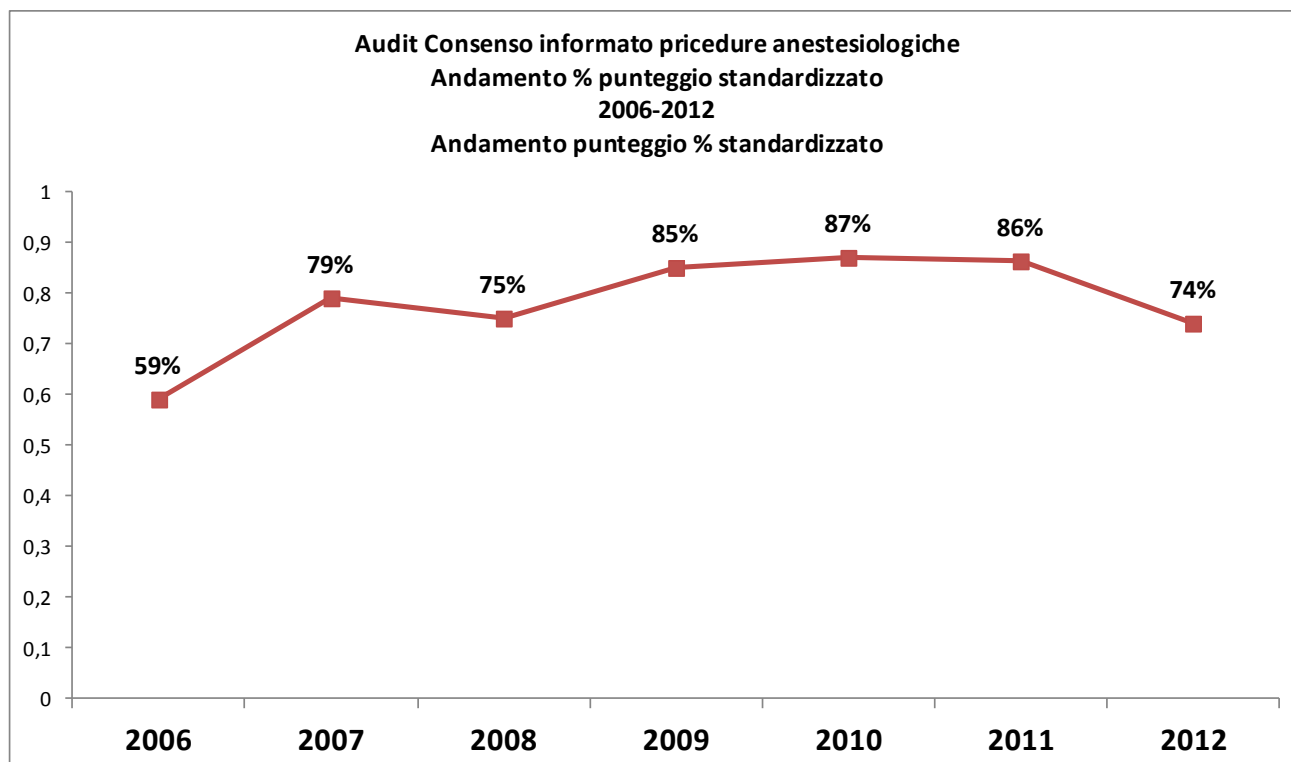
CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO / PROCEDURA INVASIVA	2011	2012
	%SI	%SI
dati identificativi della struttura sanitaria e dell'unità operativa	59.6%	82,8%
dati identificativi del paziente	84.6%	84,5%
data di in cui l'informativa è stata fornita	69.2%	81,0%
sintesi della situazione clinica del paziente	76.9%	67,8%
descrizione dell'atto sanitario	88.5%	87,9%
data di compilazione del modulo	90.4%	93,1%
firma del paziente	90.4%	100,0%
firma del medico che ha acquisito il consenso	67.3%	81,0%
<b>TOTALE</b>	<b>78.4%</b>	<b>84,7%</b>



Audit consenso informato a procedure anestesiolgiche Marzo 2012 47 moduli di consenso informato Punteggio % standardizzato	AZIENDA
	%SI
dati identificativi della struttura sanitaria e dell'unità operativa	95,7%
dati identificativi del paziente	53,2%
data di in cui l'informativa è stata fornita	72,3%
sintesi della situazione clinica del paziente	51,1%
descrizione dell'atto sanitario	48,9%
data di compilazione del modulo	95,7%
firma del paziente	97,9%
firma del medico che ha acquisito il consenso	97,9%
<b>TOTALE</b>	<b>74,6%</b>



CONSENSO INFORMATO A PROCEDURE ANESTESIOLOGICHE	2011	2012
	%SI	%SI
dati identificativi della struttura sanitaria e dell'unità operativa	93.3%	95,7%
dati identificativi del paziente	73.3%	53,2%
data di in cui l'informativa è stata fornita	73.3%	72,3%
sintesi della situazione clinica del paziente	73.3%	51,1%
descrizione dell'atto sanitario	83.3%	48,9%
data di compilazione del modulo	96.7%	95,7%
firma del paziente	100.0%	97,9%
firma del medico che ha acquisito il consenso	96.7%	97,9%
<b>TOTALE</b>	<b>86.3%</b>	<b>74,6%</b>



## **3.6 Audit conservazione dei farmaci**

### **3.6.1 Armadi farmaci**

Nel corso dell'audit è stato verificato il livello di adesione delle modalità di gestione della conservazione dei farmaci, con particolare riferimento alle soluzioni concentrate di potassio ed ai farmaci ad alto livello di attenzione, in relazione alle indicazioni suggerite dal D.A. 890/2002 "Requisiti per l'accreditamento istituzionale della Regione Siciliana per le strutture sanitarie", agli Standard Joint Commission International D.A. 12 agosto 2011 "manuale per la gestione del rischio clinico della Regione Siciliana" e alla raccomandazione n. 7 del Ministero della Salute per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.

I requisiti e gli standards prevedono che:

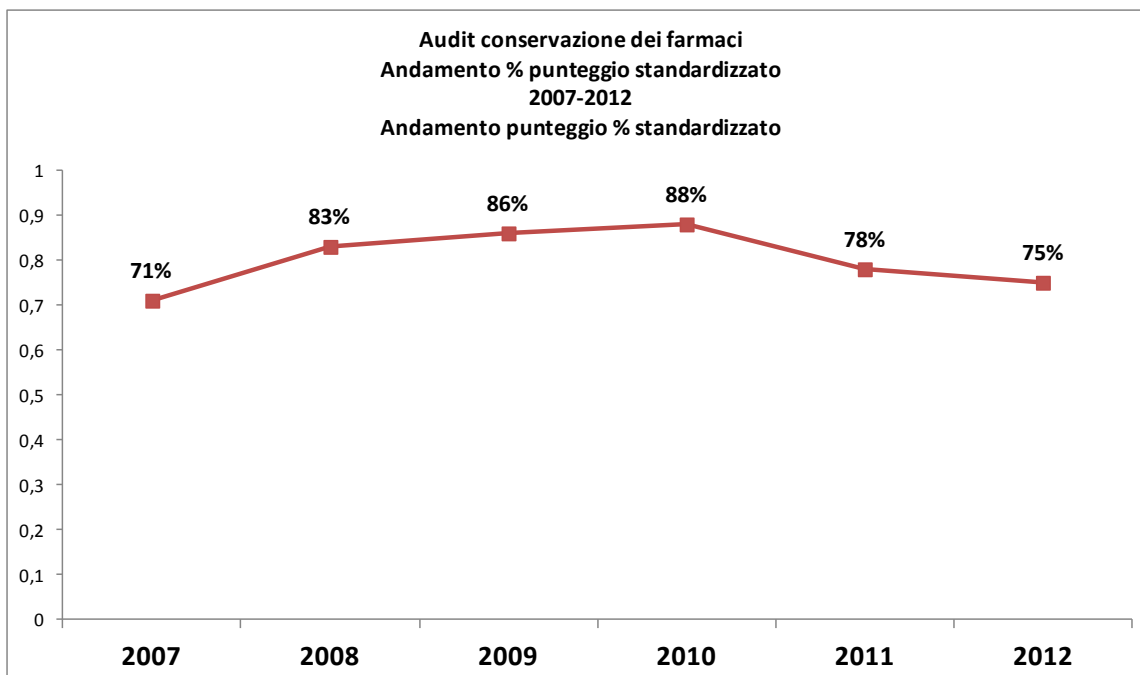
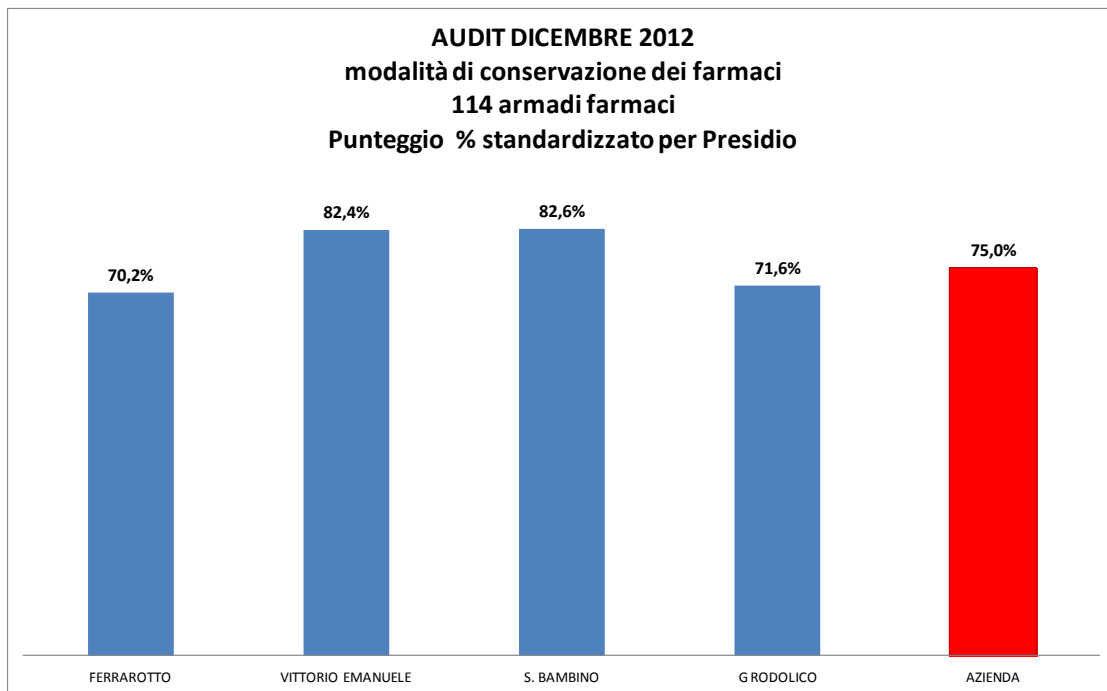
- le date di scadenza dei farmaci siano in evidenza,
- non siano presenti farmaci scaduti,
- l'estremità del blister contenente i dati relativi alla data di scadenza ed al numero di lotto debba essere mantenuta integra,
- le soluzioni concentrate di KCl siano conservate in contenitori chiusi recanti una segnalazione di allarme,
- i farmaci ad alto livello di attenzione siano conservati in un luogo separato ed identificato.

L'audit, che si è svolto nel Dicembre 2012, ha coinvolto 101 unità operative di tutti i presidi ospedalieri.

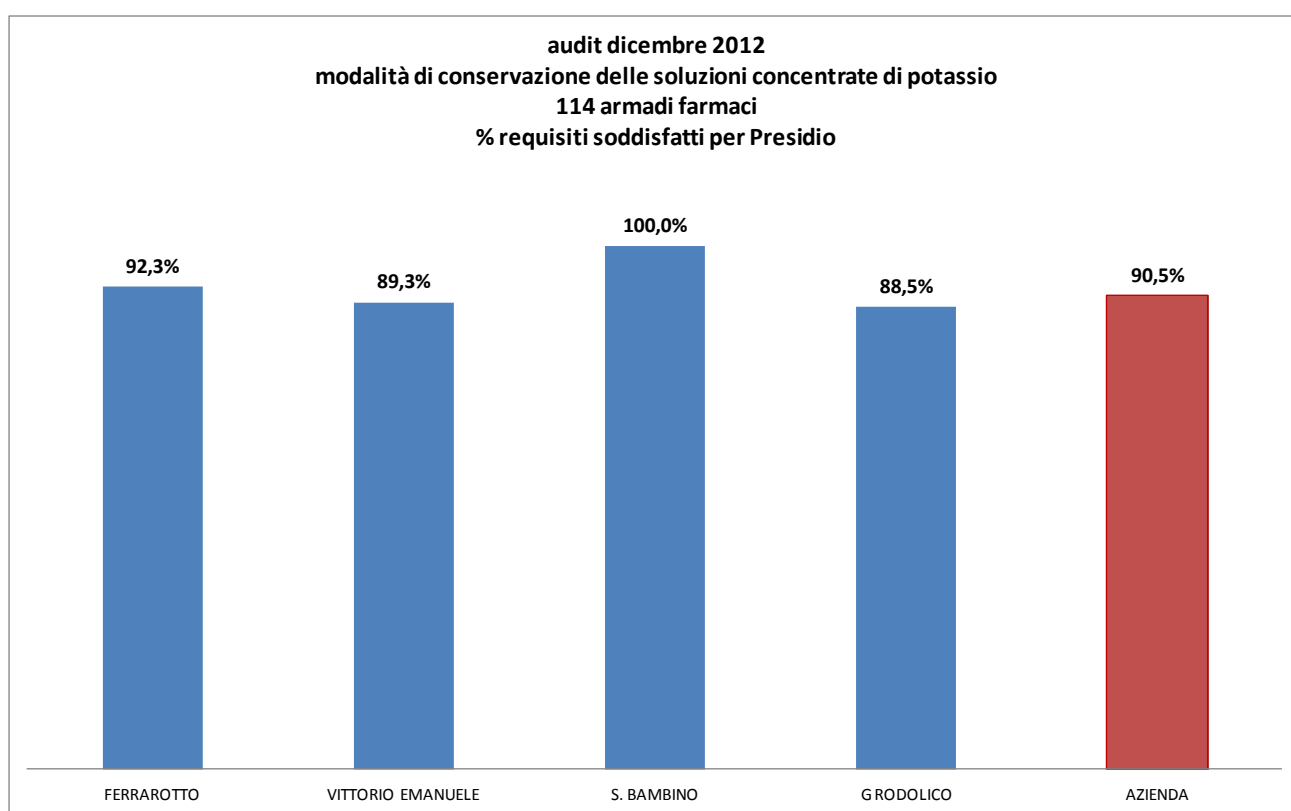
Sono stati esaminati 114 armadi farmaci.

<b>Audit conservazione dei farmaci dicembre 2012 114 armadi farmaci Punteggio % standardizzato</b>	<b>AZIENDA</b>
	<b>%SI</b>
I farmaci sono sistemati per tipologia d'azione farmacologica	95.0%
I farmaci in scadenza trimestrali sono dotati di bollino rosso	52.0%
Esiste un modello di registrazione delle verifiche scadenza	82.0%
Le confezioni dei farmaci/presidi riportano in evidenza la data di scadenza	74.1%
I blisters sono gestiti correttamente	87.0%
La gestione delle scadenze dei farmaci è corretta	38.9%
La gestione dei campioni gratuiti è corretta	38.9%
E' affisso l'elenco dei farmaci ad alto livello di attenzione	38.9%
I farmaci ad altro livello di attenzione sono separati dagli altri farmaci	38.9%
<b>TOTALE</b>	<b>71.6%</b>

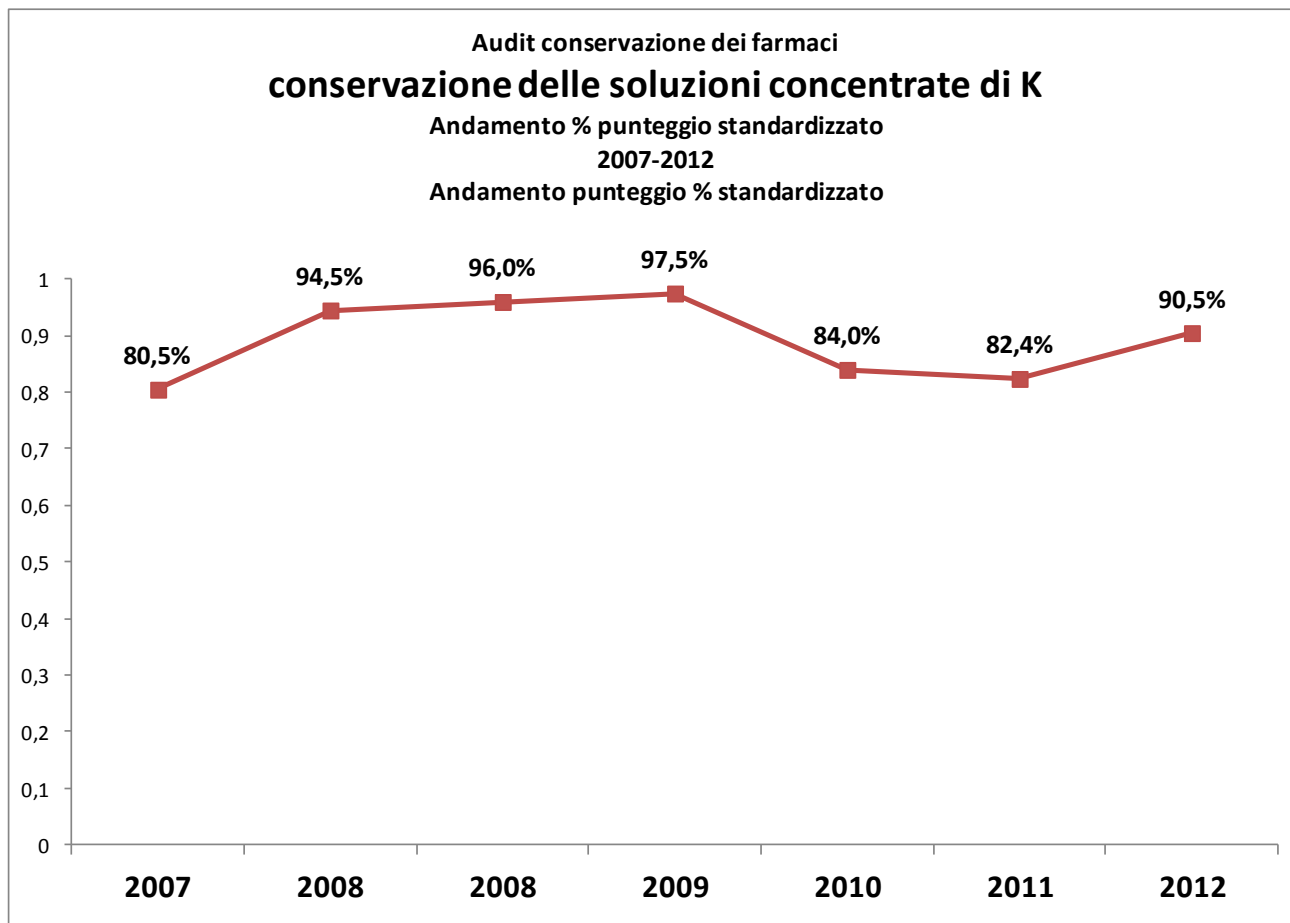




Audit conservazione delle soluzioni concentrate di K dicembre 2012 114 armadi farmaci Punteggio % standardizzato	AZIENDA
	%SI
presenza di soluzioni concentrate di K	52.6%
le soluzioni concentrate di K sono conservate in contenitori chiusi	87.9%
i contenitori riportano la segnalazione di allerta	93.1%
<b>TOTALE</b>	<b>90.5%</b>



<b>Audit conservazione delle soluzioni concentrate di K Andamento punteggio % standardizzato 2007-2012</b>	<b>2007</b>	<b>apr-08</b>	<b>nov-08</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>% armadi farmaci nei quali sono presenti soluzioni concentrate di KCl</b>	<b>78%</b>	<b>60%</b>	<b>55%</b>	<b>47%</b>	<b>37%</b>	<b>46%</b>	<b>52,6%</b>
<b>% armadi farmaci nei quali le soluzioni concentrate di KCl sono conservate in contenitori chiusi</b>	<b>-</b>	<b>98%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>91%</b>	<b>87,9%</b>
<b>% armadi farmaci nei quali i contenitori in cui sono conservate le soluzioni concentrate di KCl riportano la segnalazione di allerta</b>	<b>-</b>	<b>63%</b>	<b>89%</b>	<b>92%</b>	<b>95%</b>	<b>77%</b>	<b>93,1%</b>



### 3.6.2 carrello emergenza

Il carrello di emergenza ha la funzione di rendere disponibili e prontamente utilizzabili tutti quei farmaci e presidi che sono ritenuti indispensabili per affrontare adeguatamente la situazione di emergenza.

Requisiti e standard di riferimento:

#### **Norma UNI EN ISO 9001:2008**

Punto 4.2.4 Le registrazioni devono essere predisposte e conservate per fornire evidenza della conformità ai requisiti e dell'efficace funzionamento del sistema di gestione per la qualità.

Le registrazioni devono rimanere leggibili, facilmente identificabili e rintracciabili.

Punto 5.5.1 L'alta direzione deve assicurare che le responsabilità e le autorità siano definite e rese note nell'ambito dell'organizzazione;

Punto 6.3 L'organizzazione deve definire, predisporre e mantenere le infrastrutture necessarie per ottenere la conformità ai requisiti dei prodotti.

**DA 890/2002 “requisiti per l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana”**

SRST.3.1.1D.020_1	area degenza “Carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale; in rapporto alla tipologia organizzativa e strutturale del presidio è consentito l'utilizzo di un carrello per la gestione dell'emergenza comune fra più strutture organizzative di degenza”
SRTE.2.1.018	area assistenza ambulatoriale specialistica “E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza”
SRTE.2.1.1E.015	Area diagnostica ambulatoriale: endoscopia “Per l'endoscopia digestiva e tracheobronchiale, esiste un carrello per la gestione delle emergenze cardiovascolari e respiratorie completo di attrezzatura per monitoraggio”
SRTE.2.1.1D.005	Area diagnostica ambulatoriale: cardiologia “Per le strutture che effettuano ecocardiografia transesofagea sono disponibili dispositivi atti alla rianimazione cardiopolmonare”
SRTE.2.1.1D.006	Area diagnostica ambulatoriale: cardiologia “Per le strutture che effettuano ecostress sono presenti un elettrocardiografo a 3 canali, uno sfigmomanometro a mercurio montato su colonna, mobile, con bracciali di varie dimensioni

	e dispositivi atti alla rianimazione cardiopolmonare"
SRTE.2.1.1G.025	area chirurgia ambulatoriale "Sono presenti, per fronteggiare eventuali emergenze, ad integrazione di quanto previsto come dotazione del carrello un elettrocardiografo e i farmaci necessari in caso di emergenza"
SRTE.3.1.1B.030	area terapia intensiva "Si dispone di un carrello di emergenza urgenza dotato di monitor defibrillatore, pace maker esterno e sincronizzatore, ventilatore portatile"
SGRT1.1A057	Requisiti organizzativi generale "Vengono periodicamente eseguite e documentate prove strumentali sul funzionamento dei principali apparecchi biomedici utilizzati in condizioni critiche (ad esempio: ventilatori polmonari, apparecchi di anestesia, pompe d'infusione, defibrillatori, elettrobisturi, ecc.) e degli apparecchi che erogano radiazioni"

**Manuale degli Standard Joint Commission International (JCI) per l'Accreditamento degli Ospedali – 3° ed. 2011**

Standard MMU.3.2	I farmaci per le urgenze/emergenze sono disponibili, controllati e al sicuro se conservati fuori dalla farmacia.
------------------	--

Intento di MMU.3.2 In caso di emergenza, il rapido accesso ai farmaci necessari per le urgenze è cruciale. Ogni organizzazione pianifica dove e quali farmaci rendere disponibili per le urgenze. Ad esempio, in sala operatoria si trovano gli antidoti per l'anestesia. Possono servire allo scopo armadietti, carrelli, borse o contenitori per le urgenze. Al fine di garantire l'accesso ai farmaci per le urgenze in caso di necessità, l'organizzazione stabilisce una procedura o un processo per prevenirne l'abuso, il furto o lo smarrimento e per garantire la sostituzione dei farmaci utilizzati, danneggiati o scaduti. Questo significa che l'organizzazione ha trovato un equilibrio tra la rapidità di accesso ai farmaci per le urgenze e la sicurezza dei luoghi dove sono conservati.

L'organizzazione ha trovato un equilibrio tra la rapidità di accesso ai farmaci per le urgenze e la sicurezza dei luoghi dove sono conservati.

Elementi Misurabili

1. I farmaci per le urgenze sono disponibili nelle unità operative dove saranno necessari o sono prontamente accessibili all'interno dell'ospedale per rispondere alle urgenze/emergenze.
2. I farmaci per le urgenze sono protetti da perdita o furto.



3. I farmaci per le urgenze sono presidiati e sostituiti tempestivamente dopo ogni uso e in caso di scadenza o danneggiamento.

Nel corso dell'audit è stato valutato:

- la identificazione della responsabilità della gestione del carrello di emergenza nella programmazione dei turni del personale infermieristico,
- la presenza del sigillo,
- la pulizia carrello,
- la coerenza del contenuto con la check list,
- il funzionamento del laringoscopio,
- le registrazioni del funzionamento della bombola di O<sub>2</sub>, del defibrillatore e dell'Ambu,
- le registrazioni delle verifiche mensili della scadenza farmaci,
- le registrazioni delle verifiche periodiche ed il ripristino dopo l'uso,
- le registrazioni dell'attività di sanificazione.

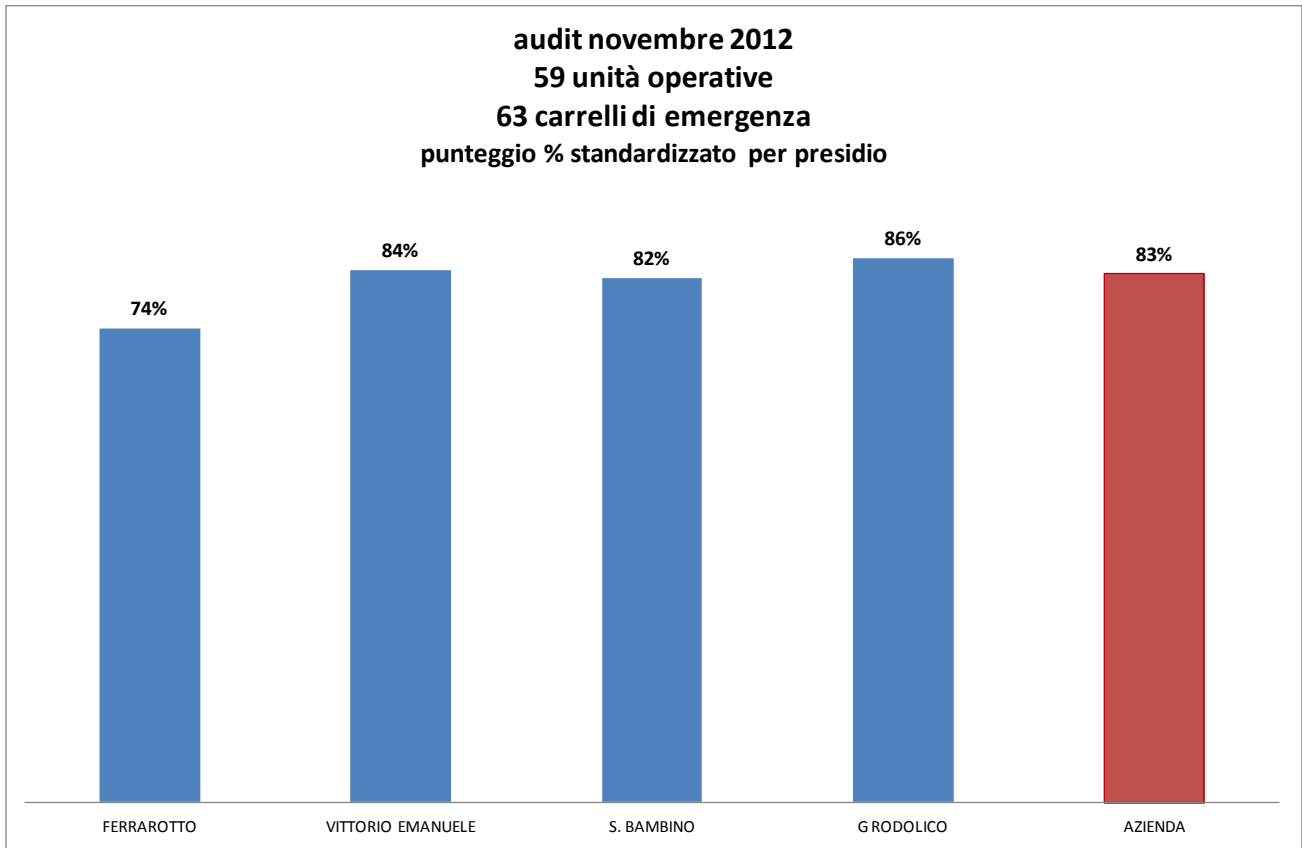
Audit sul carrello di emergenza sono stati svolti il 30 maggio ed il 22 giugno presso le UU.OO. del PO G. Rodolico ed ha coinvolto 22 unità operative e 27 carrelli di emergenza.

Nel novembre 2012 sono stati svolti audit in tutte le UU.OO. coinvolgendo 53 unità operative.

Sono stati valutati 63 carrelli di emergenza.

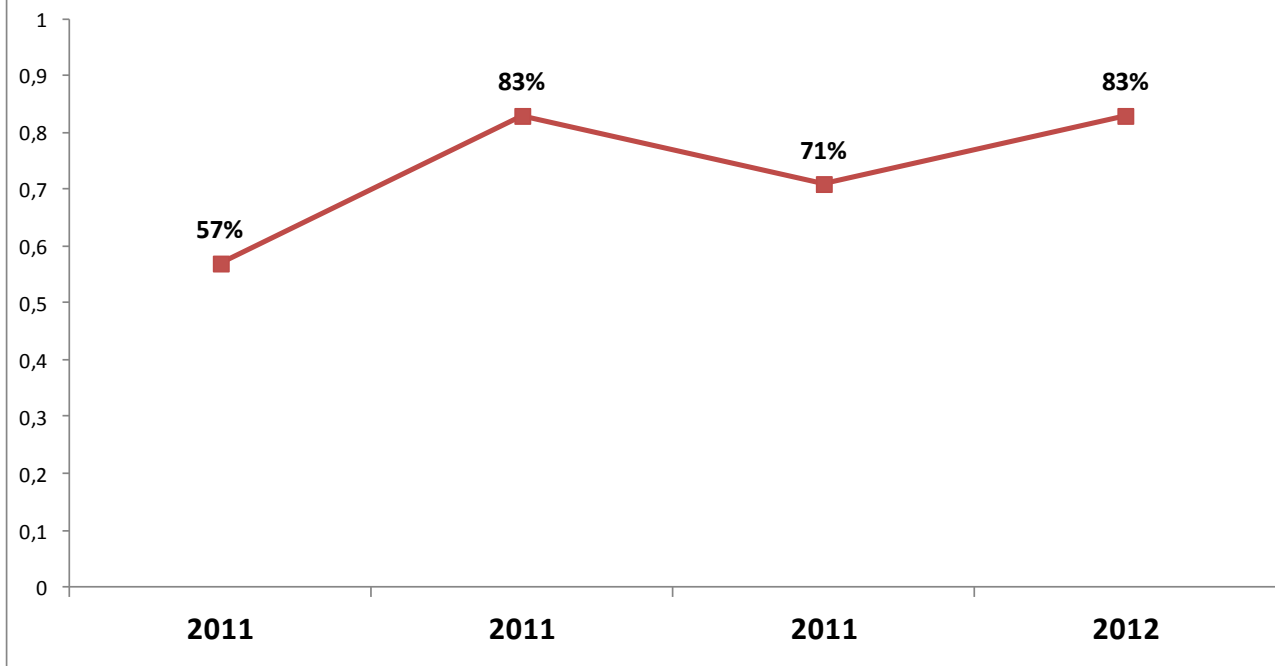
I

<b>Audit gestione del carrello di emergenza</b> <b>novembre 2012</b> <b>63 carrelli di emergenza</b> <b>Punteggio % standardizzato</b>	<b>AZIENDA</b>
	<b>%SI</b>
Nella programmazione dei turni del personale infermieristico è stato identificata la responsabilità della gestione del carrello di emergenza	75%
Il carrello di emergenza è sigillato	94%
Il carrello di emergenza è pulito	92%
Il contenuto è coerente con quanto previsto dalla check-list	76%
Il defibrillatore è funzionante	98%
La bombola di O2 è funzionante	97%
L'aspiratore è funzionante	92%
Il laringoscopio è funzionante	95%
L'ambu è funzionante	97%
Vengono registrate le verifiche mensili sul funzionamento dell'ambu	62%
Vengono registrate le verifiche mensili sul funzionamento del laringoscopio	55%
Vengono registrate le verifiche mensili sulla scadenza farmaci	76%
Vengono registrate le verifiche giornaliere sul funzionamento della bombola O2	83%
Vengono registrate le verifiche giornaliere del funzionamento del defibrillatore	85%
Vengono registrate le verifiche giornaliere del funzionamento dell'aspiratore	80%
Vengono registrate le verifiche periodiche e/o il ripristino dopo l'uso	79%
Vengono registrate le attività di sanificazione	76%
<b>TOTALE</b>	<b>83%</b>



<b>Audit gestione del carrello di emergenza Andamento punteggio % standardizzato</b>	<b>30 maggio 2011*</b>	<b>22 giugno 2011*</b>	<b>dicembre 2011</b>	<b>novembre 2012</b>
Nella programmazione dei turni del personale infermieristico è stato identificata la responsabilità della gestione del carrello di emergenza	42%	76%	67%	74,6%
Il carrello di emergenza è sigillato	46%	92%	91%	93,7%
Il carrello di emergenza è pulito	92%	96%	97%	92,1%
Il contenuto è coerente con quanto previsto dalla check-list	-	68%	69%	76,2%
Il defibrillatore è funzionante	-	-	-	98,4%
La bombola di O2 è funzionante	-	-	-	96,8%
L'aspiratore è funzionante	-	-	-	91,5%
Il laringoscopio è funzionante	84%	96%	93%	95,2%
L'ambu è funzionante	-	-	-	96,8%
Vengono registrate le verifiche mensili sul funzionamento dell'ambu	46%	76%	38%	61,9%
Vengono registrate le verifiche mensili sul funzionamento del laringoscopio	50%	80%	50%	54,8%
Vengono registrate le verifiche mensili sulla scadenza farmaci	-	-	79%	76,2%
Vengono registrate le verifiche giornaliere sul funzionamento della bombola O2	50%	80%	50%	82,5%
Vengono registrate le verifiche giornaliere del funzionamento del defibrillatore	58%	76%	88%	85,2%
Vengono registrate le verifiche giornaliere del funzionamento dell'aspiratore	-	-	-	79,7%
Vengono registrate le verifiche periodiche e/o il ripristino dopo l'uso	-	-	62%	79,4%
Vengono registrate le attività di sanificazione	42%	84%	43%	76,2%
<b>TOTALE</b>	<b>57%</b>	<b>83%</b>	<b>71%</b>	<b>83,0%</b>

**Audit gestione del carrello di emergenza  
Andamento % punteggio standardizzato  
2011-2012**



#### **4. appropriatezza parto cesareo**

Così come per gli eventi sentinella anche per le denunce dei sinistri a partire dal settembre 2010 è stato attivato l'apposito flusso SIMES con il Sistema Informativo del Ministero della salute.

#### **5. denunce sinistri**

Così come per gli eventi sentinella anche per le denunce dei sinistri a partire dal settembre 2010 è stato attivato l'apposito flusso SIMES con il Sistema Informativo del Ministero della salute.

Il flusso si è consolidato nel corso dell'anno 2011 attraverso l'inserimento di sinistri da riferirsi all'anno 2010 e 2011. il cui inserimento si conta di completare entro il primo semestre del 2012.

Nel corso del 2011 sono stati inseriti 75 sinistri accaduti nei presidi ospedalieri aziendali.

Pare importante sottolineare come, nei casi analizzati, le richieste di risarcimento talora sono da riferirsi ad eventi accaduti anche molti anni prima rispetto alla richiesta.

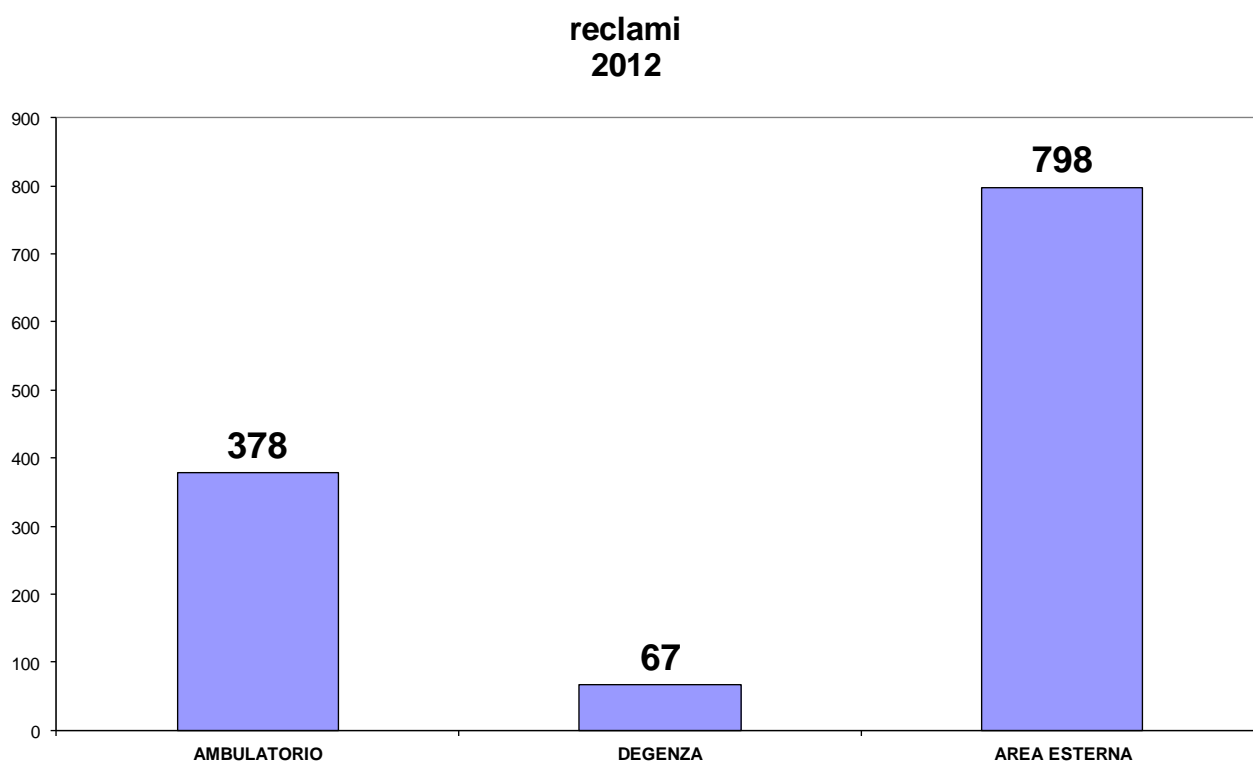
#### **6. reclami**

##### **Presidio Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino**

Nel 2012 sono stati raccolti 1243 reclami e segnalazioni.

Il 30% delle segnalazioni, riguardanti l'area ambulatorio, fanno riferimento a problematiche attinenti le modalità di accesso e di queste poco più del 92% concernono difficoltà nel pagamento del ticket.

Il 63% delle segnalazioni riguarda l'area esterna ed in particolare il sistema di prenotazioni del CUP provinciale (88%).



PO Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino

<b>2012</b>				
<b>1243 reclami e segnalazioni</b>				
AMBULATORIO			<b>TOTALE A</b>	<b>378</b>
	ACCESSIBILITA'		<b>TOTALE A.1</b>	<b>328</b>
		PRENOTAZIONE TELEFONICA	A.1.a	16
		PRENOTAZIONE DIRETTA	A.1.b	3
		ERRORE PRENOTAZIONE	A.1.c	3
		PAGAMENTO TICKET	A.1.d	303
		ERRORE PAGAMENTO	A.1.e	0
		TEMPO DI ATTESA	A.1.f	3
		ALTRO	A.1.g	0
	PRESTAZIONE		<b>TOTALE A.2</b>	<b>45</b>
		COMFORT SALA ATTESA	A.2.a	3
		TEMPO ATTESA PRESTAZIONE	A.2.b	4
		RELAZIONE PERSONALE	A.2.c	8
		RISPETTO	A.2.d	1
		ATTREZZATURE	A.2.e	3
		COMFORT AMBULATORIO	A.2.f	0
		MANCATA PRESTAZIONE	A.2.g	19
		EROGAZIONE PRESTAZIONE	A.2.h	3
		ERRORE PRESTAZIONE	A.2.i	3
		ALTRO	A.2.l	1
	REFERTO		<b>TOTALE A.3</b>	<b>5</b>
		PROCEDURA RILASCIO	A.3.a	1
		TEMPO CONSEGNA	A.3.b	2
		ERRORI	A.3.c	0
		MANCATA CONSEGNA	A.3.d	2
		ALTRO	A.3.e	0



<b>2012</b>				
<b>1243 reclami e segnalazioni</b>				
DEGENZA			<b>TOTALE D</b>	<b>67</b>
	ACCESSO- PRONTO SOCCORSO		<b>TOTALE D.1</b>	<b>17</b>
		TEMPO DI ATTESA	D.1.a	3
		EROGAZIONE PRESTAZIONE	D.1.b	0
		MANCATA PRESTAZIONE	D.1.c	0
		ERRORI PRESTAZIONE	D.1.d	2
		COMFORT SALA DI ATTESA	D.1.e	1
		RELAZIONE PERSONALE	D.1.f	10
		RISPETTO	D.1.g	0
		TEMPO ATTESA RICOVERO	D.1.h	1
		ALTRO	D.1.i	0
	ACCETTAZIONE		<b>TOTALE D.2</b>	<b>6</b>
		ACCOGLIENZA	D.2.a	2
		TEMPO ATTESA RICOVERO	D.2.b	4
		ALTRO	D.2.c	0
	DEGENZA		<b>TOTALE D.3</b>	<b>13</b>
		COMFORT	D.3.a	5
		RELAZIONE PERSONALE	D.3.b	2
		RISPETTO	D.3.c	1
		VITTO	D.3.d	0
		PRESTAZIONE	D.3.e	2
		RINVIO PRESTAZIONE	D.3.f	0
		ERRORI PRESTAZIONE	D.3.g	1
		ATTREZZATURE	D.3.h	2
		ALTRO	D.3.i	0
	DIMISSIONE		<b>TOTALE D.4</b>	<b>31</b>

		RITARDO INVIO DOCUMENTAZIONE	D.4.a	<b>14</b>
		RITARDO RILASCIO DOCUMENTAZIONE	D.4.b	<b>7</b>
		MODALITA' RILASCIO	D.4.c	<b>3</b>
		ERRORI DOCUMENTAZIONE	D.4.d	<b>4</b>
		RELAZIONE PERSONALE	D.4.e	<b>2</b>
		ALTRO	D.4.f	<b>1</b>

<b>2012</b>			
<b>1243 reclami e segnalazioni</b>			
AREA ESTERNA		<b>TOTALE E</b>	<b>798</b>
	BARRIERE ARCHITETTONICHE	E.1	<b>2</b>
	CONDIZIONAMENTO	E.2	<b>7</b>
	SEGNALETICA	E.3	<b>11</b>
	VIABILITA'	E.4	<b>6</b>
	PULIZIA	E.5	<b>0</b>
	CADUTE	E.6	<b>2</b>
	TRASPORTI	E.7	<b>4</b>
	CENTRALINO	E.8	<b>3</b>
	CUP PROVINCIALE	E.9	<b>708</b>
	SITO AZIENDALE	E.10	<b>5</b>
	DITTA RISTORA (vitto)	E.11	<b>50</b>
	ALTRO	E.12	<b>0</b>

### **Presidio G. Rodolico**

La maggior parte delle segnalazioni attribuite all'Area degli ambulatori sono riconducibili ad errori nelle prenotazioni da parte del CUP o a scadente comunicazione con l'utente, il quale necessita poi di ulteriore aiuto per identificare la struttura dove è stato prenotato (questo avviene spesso per le prenotazioni pediatriche, per le ecografie, per la dermatologia, per l'allergologia). Sono invece nettamente diminuite le

segnalazioni per ciò che concerne la difficoltà di prenotazione (non risposta o tempi di attesa troppo lunghi per la risposta da parte del CUP)

Rimangono costanti le segnalazioni legate alla impossibilità di prenotare al CUP tramite cellulare (la maggior parte delle persone non possiede più un numero di rete fissa)

Sempre a proposito delle segnalazioni sugli ambulatori permangono i reclami su cattivi approcci del personale di front office con l'utenza. Tale problematica, evidenziata in passato, ha portato tra l'altro l'Azienda ad organizzare insieme al comitato consultivo corsi sul front office nell'ambito del progetto CESIPE che sono tutt'ora in corso.

Alcune segnalazioni si riferiscono al confort alberghiero soprattutto vengono segnalati come inadeguati ed insufficienti gli spazi delle sale d'attesa dell'oculistica al piano -1 del pad. 3 e quelle dell'urologia piano -2 pad. 1 (mancanza di sedie e locali adeguati – in oculistica anche la promiscuità tra pazienti pediatrici ed adulti).

Ulteriore problematica oggetto di segnalazione è la modalità di erogazione delle prestazioni - non rispetto degli orari laddove stabiliti o appuntamenti dati tutti allo stesso orario).

Per ciò che concerne l'aria della degenza da evidenziare in aumento le segnalazioni sulla scarsa collaborazione del personale nei confronti del paziente (ad es. per le operazioni di pulizia )

Infine per ciò che concerne i reclami contenuti nella voce "altro" si evidenzia come siano nettamente diminuiti i reclami sui parcheggi e da maggio 2012 si siano quasi azzerati quelli sul vitto. Rimangono costanti i reclami sulle cartelle cliniche che non vengono consegnate in archivio,

anche in presenza delle richieste dei pazienti, e devono essere sollecitate più volte da questo ufficio. Tale problematica si riscontra in maniera continua per le cartelle di Neurologia e qualche volta per quelle di dermatologia.

Fonte dati: URP PO G. Rodolico, dott.ssa G. Reitano

PO G. Rodolico

## Area Ambulatorio

### Gruppo Accesso

Difficoltà prenotazione telefonica	16
Errori nella prenotazione, errori pagamento ticket e/o contestazioni con richiesta di rimborso	56
tempo di attesa tra prenotazioni e visite	6

### Gruppo Prestazioni ambulatori

Relazioni/comunicazioni con personale e rispetto della persona	31
Insufficienza o malfunzionamento strumenti, attrezzature, e quant'altro necessario per la prestazione	23
confort ambulatorio	5
Modalità erogazione prestazione	18

Errori e/o danni con eventuale richiesta di risarcimento	4
--	---

## Area Degenza

confort reparto	9
relazioni/comunicazioni con personale e rispetto della persona	8
modalità esecuzione prestazioni diagnostiche terapeutiche e certificative	2
Insufficienza o malfunzionamento strumenti, attrezzature, e quant'altro necessario durante la degenza	3
Errori e/o danni con eventuale richiesta di risarcimento	2
altro ( parcheggi, cartelle cliniche, vitto)	72



unità operativa  
per la **qualità**



Via Plebiscito n. 628  
Tel 095 743 5251 e-mail [cirqual@ao-ve.it](mailto:cirqual@ao-ve.it)  
Responsabile: **Dott. Vincenzo Parrinello**