

Prot. N 0805 - 2024

Caltanissetta li 31/10/24

Spett.le
Presidente della Consortile
A.D.I. SCARL Consortile a.r.l.
Centrale Operativa di
Caltanissetta

Epc di tutti gli operatori di
Centrale Operativa

Epc di tutti gli operatori
sanitari domiciliari

Oggetto: valutazioni sulla qualità della documentazione sanitaria della Centrale Operativa di Caltanissetta – A.D.I. SCARL

Gent.mo Presidente,

con riferimento a quanto in oggetto Le rassegno le attività messe in atto dall'avvio dell'attività di cure domiciliari integrate per la centrale operativa di Caltanissetta.

Nel corso del 2024 il sottoscritto, Dott. Vito Licata , in qualità di Direttore Tecnico della Centrale Operativa ADI di Caltanissetta ha adottato una serie di misure per implementare i contenuti della procedura aziendale circa la gestione degli audit interni. (PR.AUD.9.2 Valutazione, miglioramento e Audit Interni)

Al fine di raggiungere una concreta attuazione di quanto deciso in fase di pianificazione, il sottoscritto in collaborazione con il Coordinatore Delle Cure Domiciliari Dott. Rosario Cucciarre, ha provveduto ad attuare i contenuti della riferita procedura e definire le seguenti azioni.

1. AZIONE N.1: DEFINIZIONE DELLE MODALITA' DI CONDUZIONE DEGLI AUDIT

La valutazione del Sistema di Gestione della Qualità e dell'accreditamento istituzionale contempla una valutazione dell'efficacia delle misure adottate per garantire la qualità delle prestazioni rese al paziente e caregiver in un contesto idoneo che non consenta il verificarsi di errori e di sprechi di risorse economiche, tecniche ed umane.

Per ciascuno degli aspetti del Sistema di Gestione sono stati utilizzati i seguenti elementi di giudizio:

- ✓ come vengono praticamente realizzate le attività assistenziali
- ✓ come la loro realizzazione è formalizzata al paziente e a tutte le parti interessate

La verifica deve, quindi, identificare la presenza, l'efficacia e la formalizzazione delle attività poste in essere, accertando se:

- ✓ quanto viene attuato è previsto nel Sistema Qualità
- ✓ tutto quello che è previsto nel Sistema Qualità viene attuato

Pertanto tutti i processi organizzativi della consortile sono o saranno oggetto di valutazione e di miglioramento come si evidenzia in questa tabella esemplificativa:

TIPOLOGIA DI PROCESSO	PROCESSI	STRUMENTI DI VALUTAZIONE	RESPONSABILE DELLA VERIFICA
Processi di Pianificazione	Progettazione pianificazione del Sistema di Gestione per la qualità	Audit interni	GAI e DIREZIONE AZIENDALE
Processi di Supporto	Gestione Risorse Umane, Strumentali, Impiantistiche e Tecnologiche	Audit interni	GAI e RQ
Processi Principali	Erogazione della Prestazione Sanitaria	Audit clinici: verifiche specifiche quali controlli di Qualità e conformità a standards prestabiliti Audit comportamentali: misurazione di aderenza alle linee guida, Safetywalkround Audit sulla documentazione sanitaria: Es.: mortality&morbidity review	DIREZIONE TECNICA COORDINATORI INFERMIERISTICI O FISIOTERAPICI RQ

Il miglioramento del sistema di gestione della qualità è garantito dalla raccolta dei dati e dalla loro lettura, analisi e valutazione. L'organizzazione ha infatti, attraverso un sistema di allegati alle procedure operative, attivato anche un sistema informativo che consente di rilevare in tempo reale dati relativi specificatamente a:

- Soddisfazione del paziente - attraverso le periodiche verifiche del livello di adeguatezza dei servizi
- Conformità ai requisiti dei servizi erogati
- Caratteristiche di processi operativi e dei servizi erogati
- Fornitori
- Esigenze di miglioramento
- Efficacia del SGQ
- Efficacia delle azioni per affrontare rischi ed opportunità

Le attività di verifica saranno nell'arco del 2024 effettuate periodicamente, mediante Audit Interni, pianificati e realizzati dai soggetti ritenuti idonei ed imparziali.

1.1 Pianificazione degli audit

Il Responsabile della Qualità, il Dott. R. Cucciaré, ha pertanto definito all'inizio del 2024 le attività di audit interni elaborando un programma di verifiche DR.AUD.01 "Programma degli audit interni" da me valutato.

IL Dott. Cucciaré ha elaborato il programma 2024 individuando le Aree interne da sottoporre a verifica.

Le verifiche sono programmate in modo che ogni centrale operativa venga auditata almeno ½ volte l'anno e tutte le attività aziendali siano verificate almeno una volta l'anno.

La frequenza di esecuzione delle verifiche potrà comunque essere incrementata per particolari esigenze emerse nel corso delle attività svolte.

Per l'elaborazione del programma, il RQ tiene conto:

- ✓ della criticità dei processi;
- ✓ delle non conformità rilevate;
- ✓ dei reclami pervenuti;
- ✓ dei risultati di audit precedenti;
- ✓ dei risultati dell' audit condotti dall' OTA Organismo tecnicamente accreditante dell'assessorato regionale alla Sanità.

Nell'ambito del programma così redatto, il Dott. Cucciaré, all'approssimarsi del periodo previsto per l'effettuazione dei diversi audit si è occupato di fissare per tempo con le funzioni da verificare la data precisa di effettuazione della verifica, la durata prevista dell'audit, le persone da intervistare e gli altri aspetti utili affinché queste ultime possano prepararsi al riguardo.

Il Responsabile Qualità sarà coadiuvato dalla società di consulenza esterna per la qualità e l'accreditamento con cui individueranno un gruppo di auditor che in generale sarà diverso per ciascuna centrale operativa.

Gli audit interni sono condotti prendendo come riferimento le prescrizioni applicabili contenute nelle procedure, nelle disposizioni della Direzione utilizzando quando ritenuto necessario, apposite liste di riscontro (check - list).

Tabella: Piano degli AUDIT 2024

Tipologia di Audit	Centrale Operativa	Frequenza Annuale	Mese	Note
Audit di tutti i processi organizzativi in centrale operativa	Caltanissetta	Almeno 1 volta l'anno	Dicembre	
Audit a domicilio del paziente del territorio provinciale di riferimento	Caltanissetta	Almeno 10 accessi a domicilio	Gennaio/Dicembre	
Audit della documentazione sanitaria	Palermo	Almeno il 10% delle cartelle emesse	Aprile /Ottobre	
Audit di tutti i processi organizzativi in centrale operativa	Palermo	Almeno 1 volta l'anno	Settembre	
Audit a domicilio del paziente del territorio provinciale di riferimento	Alcamo	Almeno 10 accessi a domicilio	Gennaio/Dicembre	
Audit della documentazione sanitaria	Agrigento	Almeno il 10% delle cartelle emesse	Aprile /Ottobre	

1.2 Tipologia degli audit

Attuando i contenuti delle procedure aziendali abbiamo definito che gli audit sono orientati a valutare i seguenti aspetti:

- Qualità ed accuratezza della documentazione sanitaria multidisciplinare prodotta dagli operatori incaricati dell'assistenza:
 - Cartella medica
 - Cartella infermieristica
 - Cartella del logopedista
 - Cartella dello psicologo
 - Schede dell'OSS
 - Etc.
- Capacità e competenze tecniche in ambito assistenziale
 - Audit comportamentali a domicilio del paziente effettuate dal loro coordinatore congiuntamente ad un osservatore esterno all'organizzazione in cui si misura il livello di attuazione delle procedure interne di qualità e rischio clinico (Es.: Consulente qualità, DPO, Responsabile Qualità, Psicologo etc.)
- Capacità relazionali con paziente e caregiver:
 - Audit comportamentali a domicilio del paziente effettuate dal loro coordinatore congiuntamente ad un osservatore esterno all'organizzazione. (Es.: Consulente qualità, DPO, Responsabile Qualità, Psicologo etc.)
- Capacità di team building con l'Equipe Multidisciplinare:
 - Valutazione degli operatori durante le riunioni delle equipe assistenziali da parte di osservatori terzi

Pertanto gli audit interni possono essere di tipo:

- Osservazionale
- Documentale
- Comportamentale

Gli Audit si articolano nelle seguenti fasi:

- Riunione di apertura;
- Esame della documentazione;
- Esecuzione dell'audit;
- Condivisione dei rilievi (raccomandazioni e non conformità) e delle eventuali azioni correttive;
- Redazione del verbale di audit e chiusura dell'audit.

1.3 Riunione di apertura

L'Audit è iniziato con una riunione di apertura in cui il gruppo di verifica illustra alle funzioni aziendali interessate l'estensione, gli obiettivi e le modalità di esecuzione dell'audit.

Tale fase è spesso informale e svolta contestualmente ai saluti tra il Gruppo di Verifica le funzioni verificate.

1.4 Esame della documentazione

Prima dell'audit, i componenti del Gruppo di Audit prendono visione delle procedure e dei precedenti Verbali di audit interni o esterni.

Sulla base di tale documentazione i punti da verificare, per poter rilevare la corretta applicazione delle prescrizioni del SGQ.

Inoltre la valutazione è orientata allo studio e all'analisi della completezza ed efficienza della documentazione sanitaria e si attua tramite studio ed analisi di un campione di cartelle cliniche già chiuse.

1.5 Esecuzione e strumenti dell'audit

L'audit si sviluppa anche attraverso visite alle aree oggetto di audit, interviste agli operatori, esame della documentazione prodotta dalla funzione, analisi dettagliata delle attività operative svolte nell'ambito delle aree interessate.

Nel corso dell'anno sono stati definiti due strumenti di valutazione della completezza della documentazione sanitaria tramite check list quali:

- DR.GID.03 Check list Controllo Cartella Clinica
- DR.GID.01 Checklist _Audit Documentazione Sanitaria

Questi due strumenti sono stati introdotti con la finalità, da un lato di verificare la completezza formale dei documenti contenuti in cartella prima dell'archiviazione, assistenziali di A.D.I. SCARL Condivisione dei rilievi

Eventuali rilievi emersi nel corso dell'audit (osservazioni o vere e proprie non conformità) saranno discussi dal gruppo di verifica con i responsabili delle funzioni verificate al fine di condividere con questi la natura del rilievo e l'opportunità di miglioramento associata allo stesso.

Saranno ove possibile concordate le misure da prendere per il trattamento immediato dei rilievi nonché le azioni correttive vere e proprie.

1.6 Risultati degli audit

Al termine della verifica il RQ redige il verbale di audit. La sottoscrizione del verbale da parte, oltre che del gruppo di verifica, del Responsabile della centrale esaminata conferma che la verifica è stata condotta insieme e che le risultanze sono state oggetto di discussione ed approfondimento.

Al verbale di audit sarà allegata la check list utilizzata per la conduzione dell'audit con le relative annotazioni e le relative evidenze.

Quando necessario, in relazione a non conformità o osservazioni formulate in sede di audit, si dispone l'attuazione di azioni correttive; l'attuazione e la chiusura delle azioni correttive predisposte dovrebbe essere oggetto di successivo audit.

Le azioni correttive possono essere contemplate in un Piano di Intervento generale che terrà conto di:

1. Rilievi degli audit esterni
2. Rilievi del gruppo di verifica
3. Segnalazione di disservizio
4. Nc emerse nella gestione del servizio

1.7 Riesame da parte della Direzione

A fine anno provvederò a trasmettere al Responsabile Qualità circa tutti i risultati degli audit interni condotti la verifica dello stato di attuazione delle azioni correttive e/o preventive intraprese a seguito degli audit stessi. Tale ricognizione dovrà essere inserita nell'annuale verbale di riesame della Direzione.

2. AZIONE 2: CONDUZIONE AUDIT 2024

Nella prima metà dell'anno è stato concordato di effettuare gli audit documentali e rimandare gli altri nella seconda metà dell'anno.

Attualmente le cartelle oggetto di specifici audit di verifica interna della Centrale di Caltanissetta sono state circa 30.

Il gruppo di verifica è stato composto dal Coordinatore Cure domiciliari e dal Medico della Centrale operativa.

Gli auditor hanno controllato che tutte le cartelle contenessero i seguenti documenti:

- Generalità della persona assistita (data e luogo di nascita)
- Presenza della documentazione clinica personale (precedente) del paziente
- Anamnesi patologica prossima
- Esame obiettivo all'avvio del PAI firmato e datato
- Piano Assistenziale individuale (PAI)
- Consenso informato, datato e firmato (sia paziente che personale sanitario)
- Consenso informato, datato e firmato (sia paziente che personale sanitario), alla trasfusione e derivati
- Diario medico: compilazione giornaliera e firma ad ogni annotazione
- Diario infermieristico: compilazione giornaliera e firma ad ogni annotazione
- Diario riabilitativo: compilazione, firma ed indicazione del minutaggio ad ogni singola seduta educativo/riabilitativa
- Referti diagnostici: presenza dei referti firmati
- Foglio unico di terapia: prescrizione completa, somministrazione, motivazione mancata somministrazione e sigla operatore
- Presenza della scheda di rilevazione e monitoraggio del dolore
- Presenza della scheda di rilevazione del rischio cadute per il paziente

Oltre alla presenza del documento in cartella è stato anche verificato che fosse correttamente compilata e che la registrazione delle attività rispondesse nei tempi e nelle modalità ai seguenti items contenuti nei protocolli aziendali (elenco esemplificativo e non esaustivo):

- Corretta registrazione della prima valutazione
- Corretta acquisizione dei consensi
- Corretta valutazione del rischio caduta
- Corretta valutazione del rischio esposizione piaghe da decubito
- Corretta registrazione delle terapie e della relativa somministrazione
- Corretta registrazione della valutazione dei parametri vitali
- Corretta registrazione dei monitoraggi giornalieri
- Corretta registrazione degli accessi
- Corretta valutazione e rivalutazione dell'assistenza
- Tempestiva segnalazione di rischio esposizione alle ICA

- Etc.

2.1. Esiti del Audit Condotti nel 2024

Il gruppo di verifica ha valutato che su 30 cartelle solo 6 sono risultate non conformi.

Le principali criticità sono di tipo formale e nello specifico:

- *in 1 cartelle non è correttamente gestita la valutazione del rischio cadute*
- *in 1 Cartella non emerge chiaramente il nome del caregiver designato e dei suoi riferimenti di contatto*
- *in 4 cartelle il Monitoraggio del dolore è solo parziale*

2.2. Conclusioni e Piano Di Intervento

Ogni verbale di Audit contiene al suo interno un Piano di Intervento che sarà compilato solo nel caso in cui durante l'audit siano emerse criticità o disallineamenti.

Si rimanda al Piano di Intervento n.01/2024 allegato (DR.GNC.04 Piano di Intervento)

3. CONCLUSIONI

Per concludere tale analisi ha evidenziato che le anomalie sia in termini di frequenza che di tipologia riguardano essenzialmente aspetti formali ed al contempo ci ha permesso di evidenziare alcune AREE DI FORZA quali ad esempio:

- Buona comunicazione tra l'equipe assistenziale.
- Comunicazione efficace tra l'equipe assistenziale.
- Buona comunicazione tra equipe assistenziale.
- Buona comunicazione con l'operatore e sensibilizzazione al monitoraggio della compilazione della scheda del dolore.

Tanto si doveva per Sua opportuna conoscenza e per tutti gli adempimenti consequenziali.

Il Direttore Tecnico


Dr. Vito Licata
