

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0000359	23/02/2026

OGGETTO: Piano Aziendale del Rischio e Qualità sanitaria dell'anno 2026

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20260000429 DEL 19/02/2026



COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 5 (cinque) PAGINE

DI 1 (uno) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 9 (nove) PAGINE

DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE


Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

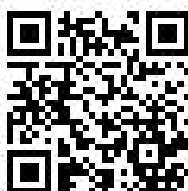
Parere della Direttrice Amministrativa	Parere della Direttrice Sanitaria
 Firmato Digitalmente il 20/02/2026 16:16 Rachele POPOLIZIO	 Firmato Digitalmente il 23/02/2026 08:40 Rosella SQUICCIARINI

Il Segretario	Il Direttore Generale
 Firmato Digitalmente il 23/02/2026 14:32 Raffaele IORIO	 Firmato Digitalmente il 23/02/2026 14:13 Luigi FRUSCIO

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **23/02/2026**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione
Firmato Digitalmente il 23/02/2026 14:34

Domenico ROVETO



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

OGGETTO:	Adozione “PIANO AZIENDALE 2026 del RISCHIO e QUALITA’ SANITARIA”, ai sensi della Legge della Regione Puglia n. 43 del 17.10.2014.
-----------------	--

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 329 del 17/02/2025, con l'assistenza del Segretario, sulla base dell'istruttoria e della proposta formulata dal Dr. Vincenzo Defilippis, direttore del Dipartimento della Sicurezza e della Qualità, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legittimità, considera e determina quanto segue

Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 504 del 29.04.2020 di approvazione del “Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle determinazioni dirigenziali all’albo pretorio aziendale e relativo manuale utente”;

- Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 2182 del 06.12.2021 di Approvazione Regolamento per la predisposizione, adozione, e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle Determinazioni dirigenziali all’Albo Pretorio aziendale. Integrazione della DDG 504 del 29.04.2020; -

- Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 454 del 29.02.2024 di approvazione del Regolamento per la predisposizione, adozione e pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle determinazioni dirigenziali all’albo pretorio aziendale. modifica art. 2, art. 3, art.7.

Premesso che

- in data 17.10.2014 è stata varata la L.R. n. 43 relativa alle “Norme in materia di costituzione, composizione e funzionamento del Collegio di Direzione delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale ai sensi degli articoli 3, comma 1 quater e 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.”;
- con Deliberazioni del Direttore Generale n. 2223 del 21.11.2014 e n. 2238 del 24.11.2014 è stata recepita la L.R. n. 43 del 17.10.2014 e, conseguentemente, veniva istituito il Collegio di Direzione della ASL BARI, la cui composizione è stata aggiornata – da ultimo, con la Deliberazione del Direttore Generale n. 2429 del 29.12.2021;

Ritenuto :

- che, in base a quanto stabilito dalla L.R. n. 43 del 17.10.2014, il Collegio di Direzione delle Aziende ed Enti del SSR, fra le sue competenze, concorre al governo delle attività cliniche dell’azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore Generale in merito a tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche ed esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai

fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;

Precisato:

- che le Aziende Sanitarie sono tenute ai sensi del D.M. Ministero della Salute n. 79 del 2 aprile 2015, dell'art.1, comma 538 della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, del Patto della Salute 2014-2016 e della Legge n.24/2017 ad assicurare le funzioni e le azioni di gestione del Rischio Clinico;
- che il Piano Aziendale del Rischio e Qualità sanitaria dell'anno 2026, dopo la predisposizione – su indicazioni concordate col Direttore Generale - ad opera del Dipartimento Sicurezza e Qualità, è stato approvato dal Collegio di Direzione nella seduta del 18 febbraio 2026;

Evidenziato

- che conseguentemente risulta necessario procedere ad approvare formalmente - alla luce del parere favorevole espresso dal Collegio di Direzione ai sensi della Legge Regionale della Puglia n. 43/2014 – il Piano Aziendale del Rischio e Qualità sanitaria dell'anno 2026;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario,

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente richiamate

- di prendere atto che la narrativa sopra riportata è ritenuta parte costitutiva e basilare della presente disposizione deliberativa;
- di approvare il “Piano Aziendale del Rischio e Qualità sanitaria dell'anno 2026”, armonizzato con le funzioni istituzionali, ai sensi della Legge della Regione Puglia n. 43 del 17.10.2014, con gli obblighi di legge, gli obiettivi e gli strumenti, così come integralmente allegato al presente provvedimento;
- di trasmettere copia del presente provvedimento ai Direttori dei Dipartimenti, alle Direzioni Mediche e Amministrative dei Presidi Ospedalieri, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari ed alle Direzioni di Area di Gestione della ASL BARI per la predisposizione degli adempimenti da determinarsi con successivi atti posti in essere a cura delle Direzioni di Area interessate, che provvederanno per quanto di competenza;

di dare atto che si provvederà alla pubblicazione del presente provvedimento nella Sezione Amministrazione Trasparente / Provvedimenti, ai sensi dell'art. 23, D.Lgs 33/2013;

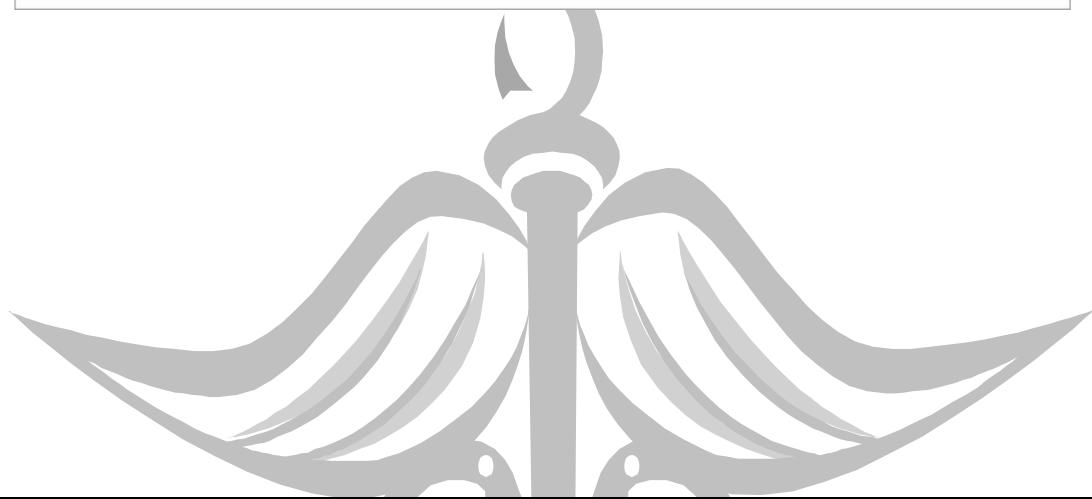
- **di trasmettere e notificare** il presente provvedimento al Collegio di Direzione, ai Direttori dei Presidi Ospedalieri, ai Direttori delle Unità Operative dei Dipartimenti interessati e, per loro tramite, a tutto il personale sanitario interessato della ASL Bari.

Di dare atto, altresì, che tutti i firmatari del presente atto attestano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, ai sensi del vigente codice di comportamento aziendale (DDG n. 470/2022) e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del vigente PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001.



ASL Bari

PugliaSalute



**PIANO AZIENDALE 2026
del RISCHIO e QUALITA'
SANITARIA**

”

PREMESSA

Nell'Intesa tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome del 20 marzo 2008 concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure", si afferma che le Regioni e le Province Autonome, nel perseguimento della migliore tutela dell'interesse pubblico rappresentato dal diritto alla salute e della garanzia della qualità del sistema sanitario, **si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico ed alla Sicurezza dei pazienti e delle cure, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza.**

La Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, n. 302 del 30 dicembre 2015) all'articolo 1 sottolineerà che la realizzazione delle attività di prevenzione e **gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente;** e per questo sancisce che le Regioni e le Province autonome devono disporre che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

È importante evidenziare che nella stessa Legge, all'articolo 1, comma 540, a proposito di competenze, si parla di **coordinamento dell'attività di gestione del rischio sanitario, il che risulta coerente con il carattere stesso della sicurezza, che risulta trasversale a tutti gli ambiti presenti nelle organizzazioni sanitarie, poiché la sicurezza non è responsabilità di una funzione o di un ruolo, ma è responsabilità di tutti gli operatori sanitari nei loro rispettivi ruoli e funzioni.**

Tale profilo di coordinamento viene poi confermato nel contesto della "legge quadro" sulla sicurezza delle cure con l'art.16 della Legge n. 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Per la prima volta l'articolo 1 sottolinea che la sicurezza delle cure è un diritto sancito, *"è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività."*

L'esperienza correlata alla gestione dell'epidemia COVID-19 ha dato maggiore consapevolezza rispetto all'importanza della sicurezza e nello stesso tempo reso chiara la necessità di un cambio di paradigma nell'approccio alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie.

La realizzazione di questo obiettivo passa necessariamente attraverso un approccio sistemico ed integrato alla Gestione del Rischio aziendale e necessita di un piano organizzativo ed attuativo in grado di integrare le diverse professionalità coinvolte, garantendo un approccio multidimensionale alla complessità del sistema pur all'interno di una visione unitaria.

In conclusione il piano di gestione del rischio sanitario:

- è un obbligo delle aziende sanitarie/ospedaliere
- non è il piano dell'UO di Rischio Clinico , ma è il piano dell'Azienda Sanitaria in tutte le sue articolazioni.

Obiettivi generali:

- **COSTRUIRE UN'IMMAGINE AZIENDALE CENTRATA SULLA GARANZIA DELLA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO.**
- Sperimentare modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi, anche finalizzati a ridurre la complessità dei processi organizzativi e produttivi ed ottimizzare la comunicazione;
- Individuare un modello organizzativo uniforme;
- Definire misure organizzative ed appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- Promuovere eventi di informazione e formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
- Implementare raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori;
- Promuovere la segnalazione dei quasi errori (*near miss*);
- Promuovere la segnalazione degli eventi sentinella;
- Monitorare periodicamente e garantire un feedback informativo;
- Individuare un sistema di coordinamento aziendale per la gestione del rischio clinico;
- Sperimentare, a livello aziendale, nuovi metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio;
- Attuare l'implementazione ed il monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali;
- Predisporre un sistema di reporting annuale delle attività svolte.

In conclusione la Direzione Strategica, coadiuvata dalle Direzioni Mediche di Presidio e dai Direttori di Distretto, promuoverà le necessarie azioni utili a rendere operativo il piano.

Obiettivi specifici

- 1) **MONITORAGGIO ED IMPLEMENTAZIONE Raccomandazioni Ministeriali /PROCEDURE/PDTA AZIENDALI**
- 2) **PROGRAMMA AUDIT**

- 1) **MONITORAGGIO ED IMPLEMENTAZIONE Raccomandazioni Ministeriali/PROCEDURE/PDTA AZIENDALI**

Le Raccomandazioni Ministeriali si propongono di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi. **Sono uno strumento essenziale come punto di riferimento delle buone pratiche da applicare ai percorsi clinico organizzativi. Ciascuna delle Raccomandazioni contiene i canoni essenziali al fine di prevenire errori che potrebbero avere anche conseguenze gravissime per pazienti e operatori sanitari.**

Il Ministero della Salute ha elaborato 19 Raccomandazioni Ministeriali a partire dal 2008 come strumento di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose, fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema.

L'importanza di una piena implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure è sottolineata anche dall'obbligo di un monitoraggio a cadenza annuale di tale implementazione richiesto dall'AGENAS. Il processo di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali prevede diverse attività quali la formazione, la elaborazione di procedure locali, il monitoraggio, gli audit, algoritmi ed altro ancora che le aziende sanitarie devono mettere in atto per promuovere la reale operatività delle suddette Raccomandazioni.

Nella Asl Bari il processo di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali è consistito nel "proceduralizzare" le Raccomandazione n.1, n. 2, n. 4., n. 6, n.7, n. 8 n. 12, n. 13, n. 16 e n. 17, n.18, n.19

Allo stesso tempo sono state deliberate nell'anno 2024/2025 le seguenti procedure:

- Procedura per il parto in anonimato
- Procedura per la giustificazione delle indagini radiologiche
- Procedura per il lavaggio delle mani (aggiornamento)

- Procedura per la prevenzione, sorveglianza e controllo della diffusione di patogeni sentinella in ambiente ospedaliero e nelle UUOO di Lungodegenza
- Procedura per la prevenzione, sorveglianza e controllo della diffusione di Agenti infettivi nelle strutture sanitarie e sociosanitarie
- Procedura Day Surgery Ortopedico
- Procedura Consulto ortopedico online per i PS
- Procedura Comunicazione eventi avversi/near miss
- Procedura Vittime di violenza

È necessario:

- Un coinvolgimento attivo dei Direttori di Unità Operativa;
- L'operatività dei referenti del rischio per ciascuna unità operativa e definizione dei compiti specifici;
- l'attività di formazione in ogni unità operativa aziendale (ospedaliera e territoriale);
- i monitoraggi interni (ad opera dell'unità operativa di riferimento) ed esterni (ad opera delle direzioni mediche delle macro-articolazioni aziendali);
- la digitalizzazione e l'informatizzazione delle attività connesse per analisi e tracciamento dei dati attraverso la nuova piattaforma regionale di gestione del rischio

ATTIVITA'

Progettazione ed esecuzione incontri formativi sulla procedura di Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 13 (Obiettivo di budget)
INDICATORE n 2 incontri/anno
STANDARD ≥ 2

Progettazione ed esecuzione di monitoraggio dell'implementazione Raccomandazioni Ministeriali n. 19
INDICATORE n°Format trimestrali da compilare online ed inviare alla UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione (Obiettivo di budget)
STANDARD ≥ 4

Progettazione ed esecuzione di monitoraggio della procedura aziendale sul lavaggio delle mani Ad opera dei coordinatori infermieristici o loro sostituti e della farmacia ospedaliera di riferimento. Saranno loro a predisporre un report annuale da inviare ai Direttori di Dipartimento di riferimento, alle Direzioni Mediche e al Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) (Obiettivo di budget)
INDICATORE n°Format trimestrali da compilare online ed inviare alla UOC Medicina Forense Gestione Rischio Clinico Qualità e Formazione
STANDARD ≥ 4

2) PROGRAMMA DI AUDIT

Al fine di:

- Migliorare la qualità dell'assistenza e gli esiti per il paziente.
- Favorire l'adozione di pratiche cliniche basate sulle migliori evidenze scientifiche.
- Aumentare l'efficienza e la sicurezza delle cure.
- Promuovere una cultura organizzativa orientata al cambiamento e al miglioramento.
- Fornire garanzie sulla qualità dei servizi erogati.

È indispensabile implementare come buona pratica clinica lo strumento dell'Audit ed un programma di audit aziendale in tutte le Unità Operative ed i Setting assistenziali della ASL Bari. Il programma che segue definisce le attività di audit da svolgere nell'anno, identificando processi e obiettivi da raggiungere.

ATTIVITA'

<p>1) Audit su casi clinici di ICA in ciascuna UO</p> <p>Ciascuna UO organizzerà un Audit clinico su caso clinico di ICA multidisciplinare (malattie infettive, microbiologia) e multiprofessionale (dirigenza medica e personale del comparto) al fine di analizzare il processo di presa in carico e le criticità di sistema, organizzative e culturali.</p> <p>Il report di Audit dovrà essere inviato alle Direzioni mediche ed al Direttore di Dipartimento di riferimento al Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) per gli adempimenti del caso.</p>
INDICATORE n° 2 Audit/anno
STANDARD .≥2

<p>2) Audit reattivi su near miss. Il Responsabile UO organizzerà un audit reattivo sui casi di near miss (mancato incidente) ed invierà verbale dell'audit secondo il format SEA alla UOC Gestione Rischio, alle Direzioni Mediche/ Direzioni di Distretto ed ai rispettivi Direttori di Dipartimento per gli adempimenti del caso.</p>
INDICATORE n°5
STANDARD≥5

<p>3) Audit reattivi su eventi avversi. Il Responsabile UO organizzerà un audit reattivo sugli eventi avversi) ed invierà verbale dell'audit secondo il format SEA alla UOC Gestione Rischio, alle Direzioni Mediche/Direzioni di Distretto ed ai rispettivi Direttori di Dipartimento per gli adempimenti del caso.</p>
INDICATORE n° audit/n°eventi avversi
STANDARD 100%

<p>4) Audit mensili sulla implementazione delle procedure aziendali. . Il Responsabile UO organizzerà un audit di monitoraggio sul grado di implementazione delle procedure aziendali applicabili nel proprio setting assistenziale ed invierà verbale dell'audit alle Direzioni Mediche/Direzioni di Distretto ed ai rispettivi Direttori di Dipartimento per gli adempimenti del caso.</p>
INDICATORE n° audit/anno
STANDARD 12

RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Principali riferimenti normativi nazionali

- Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti;
- Intesa del 20 marzo 2008 -ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, e successive disposizioni integrative e correttive apportate dal decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106, e dall'art. 39 della legge 7 luglio 2009, n. 88;
- Decreto 11 dicembre 2009: "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità";
- Conferenza Stato-Regioni del 20/12/2012: Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012", recepita dalla Regione Emilia con DGR 884 del 2 luglio del 2013, che prevede tra i requisiti (6° criterio: Appropriately Clinica e Sicurezza) l'esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione;

- Ministero della salute – Decreto 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- Ministero della Salute - Decreto 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”;
- L. 28/12/2015, n. 208 (c.d. ‘Legge di stabilità 2016’) che all’art. 538 qualifica la gestione del rischio sanitario interesse primario del SSN e all’art. 539 prevede che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), elencandone i compiti in: audit o altri metodi per lo studio delle criticità più frequenti, segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari; rilevazione del rischio di inappropriately nei PDTA e facilitazione dell’emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva; sensibilizzazione e formazione continua del personale; assistenza tecnica agli uffici legali della struttura sanitaria per la gestione del contenzioso;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. “Legge Gelli”) “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

INTRODUZIONE ALLA QUALITÀ IN SANITÀ

Il concetto di qualità in sanità rappresenta oggi una delle sfide più rilevanti per i sistemi sanitari di tutto il mondo. La qualità in sanità non si limita alla sola erogazione di cure cliniche appropriate: essa comprende la capacità delle strutture sanitarie e dei professionisti di assicurare servizi che rispettino gli standard scientifici, promuovano la sicurezza dei pazienti, tutelino la dignità della persona, garantiscano continuità assistenziale e siano sostenibili nel lungo periodo.

Secondo la classica tripartizione di Avedis Donabedian gli assi della qualità sono indirizzati alla struttura (qualità organizzativa), al processo (qualità professionale) ed all’esito (qualità percepita). Il termine struttura (qualità organizzativa) fa riferimento alle risorse disponibili ed alle modalità organizzative delle stesse. Quando si parla di processo si intende il prodotto, le prestazioni, la loro tempestività e la loro appropriatezza in merito alle decisioni di intervento, al livello di effettuazione ed all’uso delle risorse. La dimensione della qualità di processo riferisce alla correttezza tecnica, al coordinamento ed integrazione delle stesse, nonché alla continuità dell’assistenza; da ciò si deduce che l’asse richiama implicitamente il comportamento degli operatori. Quando si parla di esito si fa riferimento alle modificazioni delle condizioni di salute dovute agli interventi sanitari:

- In senso positivo si intende il prolungamento della vita, la riduzione della sofferenza e dell’handicap.
- In senso negativo sono rappresentati dalle complicazioni e dagli effetti iatrogeni.

Nel campo della prevenzione l’esito è la riduzione dell’incidenza delle malattie. Un esito particolare è rappresentato dalla soddisfazione dei pazienti, dei familiari e della popolazione. È necessario distinguere l’esito del risultato ed usare il risultato per indicare il grado di raggiungimento di un obiettivo.

Per comprendere appieno il significato di qualità in ambito sanitario, è necessario analizzarne le diverse dimensioni. Tra le più riconosciute vi sono:

1. **Efficacia clinica** – capacità delle prestazioni sanitarie di produrre i risultati desiderati sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili.
2. **Appropriatezza** – adeguatezza delle cure rispetto ai bisogni del paziente, evitando sia l’eccesso di prestazioni non necessarie sia la loro insufficienza.
3. **Sicurezza** – prevenzione di errori, eventi avversi e rischi correlati all’assistenza. La sicurezza del paziente è oggi un pilastro della qualità, sostenuto da normative e standard internazionali.
4. **Accessibilità ed equità** – possibilità per tutti i cittadini di usufruire dei servizi senza discriminazioni economiche, geografiche o sociali.
5. **Efficienza** – capacità di utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, evitando sprechi e massimizzando i benefici.
6. **Centralità del paziente** – riconoscimento del ruolo attivo della persona assistita, dei suoi valori, preferenze e aspettative.

7. **Continuità assistenziale** – coordinamento tra diversi livelli di cura (ospedale, territorio, assistenza domiciliare) per garantire percorsi fluidi e integrati.

Queste dimensioni, interdipendenti tra loro, costituiscono la base di ogni modello di valutazione e miglioramento della qualità sanitaria.

Le iniziative di miglioramento e gestione della qualità in ambito sanitario comprendono un'ampia gamma di strategie e interventi volti a migliorare l'assistenza ai pazienti, a migliorare i risultati clinici e a ottimizzare i processi di erogazione dell'assistenza sanitaria. Ecco alcune iniziative comuni di miglioramento della qualità attuate nelle strutture sanitarie:

- **Linee guida di pratica clinica**
- **Iniziative per la sicurezza del paziente**
- **Miglioramento continuo della qualità (CQI)**
- **Percorsi clinici e protocolli di cura**
- **Programmi di sicurezza dei farmaci**
- **Misurazione e rendicontazione delle prestazioni**
- **Ottimizzazione della tecnologia dell'informazione sanitaria**
- **Programmi di miglioramento dell'esperienza del paziente**
- **Coordinamento delle cure e transizioni delle cure**
- **Istruzione e formazione del personale**
- **Autorizzazione e accreditamento**
- **Obiettivi aziendali**

Obiettivi generali:

Implementare un Sistema di Gestione della Qualità aziendale è necessario per garantire il miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle mediante un'adeguata organizzazione, una gestione integrata dei rischi (perché il primo rischio di un'azienda sanitaria è quello di gestire le varie aree in maniera separata: pazienti, personale, ambienti, tecnologie sanitarie, visitatori, ecc..) e un'informazione e formazione continua. A livello istituzionale la garanzia per i cittadini pugliesi di usufruire di processi di cura sicuri in strutture sanitarie adeguate è attuata mediante due strumenti e percorsi distinti e complementari, quello autorizzativo e quello di accreditamento. Oggetto e finalità di entrambi è la "Governance" della qualità e sicurezza delle cure. La «Governance» viene definita come una tensione al miglioramento continuo dei servizi guidata dai professionisti e supportata da tutte le leve organizzative e tecnico gestionali. In questa cornice, la qualità e sicurezza rappresentano pertanto "il substrato" nell'ambito del quale si sviluppa la programmazione, evidenziando la necessità di agire in una logica di integrazione, condivisione e partecipazione, con una visione trasversale e per processi. Di seguito alcuni elementi chiave che evidenziano l'importanza del miglioramento della qualità nell'assistenza sanitaria erogata dalla ASL Bari:

- **Miglioramento dei risultati clinici:** Gli interventi di miglioramento della qualità portano a risultati clinici migliori ottimizzando i processi di cura, riducendo le variazioni nella pratica e promuovendo pratiche basate sull'evidenza.
- **Utilizzo ottimizzato delle risorse:** Gli sforzi per il miglioramento della qualità contribuiscono all'uso efficiente delle risorse sanitarie, riducendo gli sprechi, l'utilizzo non necessario dei servizi e i costi sanitari evitabili.
- **Miglioramento dell'esperienza del paziente:** Le iniziative di miglioramento della qualità danno priorità ad approcci assistenziali incentrati sul paziente, che tengano conto delle sue esigenze, preferenze ed esperienze durante tutto il percorso sanitario.
- **Conformità agli standard normativi:** Il miglioramento della qualità è essenziale per garantire la conformità ai requisiti normativi, agli standard di accreditamento e ai programmi di reporting sulla qualità stabiliti dagli enti normativi e dalle organizzazioni di accreditamento del settore sanitario.
- **Sostegno ai modelli di assistenza basati sul valore:** Le iniziative di miglioramento della qualità sono in armonia con i modelli di assistenza basati sul valore, che danno priorità ai risultati dei pazienti, all'efficacia dei costi e alla qualità dell'assistenza sanitaria rispetto alla quantità dei servizi erogati.
- **Promozione dell'apprendimento continuo e dell'innovazione:** Il miglioramento della qualità promuove una cultura di apprendimento continuo, innovazione e miglioramento all'interno delle

organizzazioni sanitarie. Incoraggiando il personale a identificare le opportunità di miglioramento, a sperimentare nuovi approcci e a condividere le migliori pratiche, le iniziative di miglioramento della qualità promuovono l'innovazione, l'adattabilità e l'eccellenza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

- **Rafforzamento della fiducia del pubblico:** Le iniziative di miglioramento della qualità dimostrano l'impegno della ASL Bari a fornire cure sicure, efficaci e compassionevoli ai pazienti e alla comunità.

Obiettivi specifici

- 1) UMANIZZAZIONE DELLE CURE
- 2) STRESS LAVORO CORRELATO
- 3) EQUITÀ

1) UMANIZZAZIONE DELLE CURE

La cartellonistica per l'umanizzazione delle cure è uno strumento concreto per comunicare l'approccio centrato sulla persona, usando messaggi chiari e visivi per promuovere trasparenza, informazioni chiare.

ATTIVITA'

Cartellonistica visibile all'esterno della UO con informazioni chiare su: Responsabile UO. Equipe medica, equipe infermieristica, altro personale se presente; orari di visita, orari colloquio con i parenti
INDICATORE n° cartelloni presenti fuori dalle UO/n° UO totali
STANDARD ≥ ..100%

2) STRESS LAVORO CORRELATO

Il Servizio di Assistenza Psicologica a favore degli operatori sanitari diviene sempre più un'esigenza psicosociale e aziendale indispensabile a tutela sia delle organizzazioni lavorative sia delle persone che vi operano al loro interno e che ne costituiscono l'essenza.

Un servizio che si prenda cura della salute psicologica di chi cura. soprattutto di quei lavoratori o team di lavoro che subiscono direttamente o indirettamente eventi traumatici come gli episodi di violenza sul luogo di lavoro, ma anche quei lavoratori che presentano condizioni emotive riferibili a stress lavoro correlato e/o che operano in contesti operativi il cui clima organizzativo non favorisce il benessere psico-sociale dei singoli e del gruppo di lavoro.

Il distress degli operatori sanitari, se non intercettato e adeguatamente gestito, rischia da un lato d' incidere negativamente sui processi di cura di cui il cittadino necessita, dall'altro di generare condizioni di lavoro malsane con possibili ricadute sulla salute dell'operatore stress

ATTIVITA'

Servizio di Assistenza Psicologica Il Responsabile UOC Medicina del Lavoro invierà un verbale della verifica effettuata al Direttori di Dipartimento della Sicurezza e Qualità ed alla Direzione Sanitaria per gli adempimenti del caso.
INDICATORE n° Esecuzione del 100% degli interventi richiesti/anno
STANDARD ≥ ..100%

3) EQUITÀ

Rafforzamento delle strategie di presa in carico delle fragilità con particolare attenzione ai bisogni delle comunità più a rischio (cittadini fragili, minori, vittime di violenza e/o abusi, anziani, indigenti, ecc..) che sono anche quelle che usufruiscono di meno dei servizi. Indispensabile una definizione di percorsi codificati per la presa in carico di talune specificità.

ATTIVITA'

Procedura vittime di violenza nei PS

Il Responsabile UO Medicina d'Urgenza invierà un verbale della verifica effettuata sulla corretta applicazione della procedura alle Direzioni Mediche al Direttore di Dipartimento di Emergenza Urgenza per gli adempimenti del caso.
INDICATORE n° Percentuale di pazienti a cui è stato assegnato codice arancione o rosso in caso di violenza
STANDARD≥..100%

RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- **Riforma sanitaria del 1978 (Legge 833/78):** istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con principi di universalità, equità e solidarietà.
- **Decreto legislativo 502/1992 e successivi:** introduzione di concetti come accreditamento, aziendalizzazione e valutazione delle performance.
- **Programmi nazionali sulla sicurezza del paziente e la qualità delle cure:** promossi dal Ministero della Salute e dalle Regioni.
- **ISO 9001-ISO 7101:** applicazione dei principi di qualità alla gestione dei processi sanitari.
- **Joint Commission International (JCI):** accreditamento internazionale delle strutture sanitarie.
- **Linee guida e standard OMS:** volti a promuovere sicurezza ed efficacia delle cure in ogni contesto.

PROFILI CONTABILI

RILEVANTE, a valere su:

NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

SOGGETTA a pubblicazione

NON soggetta a pubblicazione

Sottosezione di Primo Livello	Sottosezione di Secondo Livello	Riferimento Normativo
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013

ONERI DI RISERVATEZZA:

CONTIENE dati personali da NON pubblicare


NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

PROPOSTA N.RO 20260000429 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20260000359 DEL 23/02/2026

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Direttore/Responsabile di Struttura	Defilippis Vincenzo	 Firmato digitalmente il 19/02/2026 13:19