



Sistema Sanitario Regione Liguria

Via Fazio, 30 – La Spezia

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Delibera n. 872 del 29 settembre 2022

Oggetto: Presa d'atto Relazione Attività di Gestione del Rischio Clinico anni 2020 e 2021 e Piano Aziendale Rischio Clinico 2021-23

(eventuale) CIG CUP

Struttura proponente: S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di gestione

S.S.D.:

Dirigente proponente: dr.ssa Micaela La Regina

Responsabile del procedimento: dr.ssa Micaela La Regina

Estensore del Provvedimento: Filippo Fialdini

Responsabile Unico del Procedimento:

Direttore Esecuzione Contratto/Responsabile del contratto:

Importo di spesa	Anno	Anno	Anno
Importo di entrata	Anno	Anno	Anno

Direttore f.f. S.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie: Dott. Luca RICCIARDI

Previsto nel bilancio di previsione anno 2022

Da prevedere nel bilancio di previsione anno

Stato patrimoniale anni

Nr. Conto di bilancio

Autorizzazione spesa nr.

Comporta costi

NO

Allegati:

Allegato 1: Relazione Annuale Attività di Gestione Rischio Clinico 2020 e 2021

Allegato 2: Piano Aziendale Gestione Rischio clinico 2021-23

Da trasmettere a:

per competenza:

per conoscenza:

Direttori SS.CC. e Responsabili SSD

OGGETTO: Presa d'atto Relazione Attività di gestione del Rischio Clinico anni 2020 e 2021 e Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico 2021-23

IL DIRETTORE f.f. SC Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di gestione

VISTI gli articoli 3 e 15 bis del D.Lgs. 502/1992 e smi "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 L. 23.10.1992 n. 421";

VISTO il d.Lgs. 165/2001 e smi "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

VISTA la L.R. Liguria n. 41/2006 e smi "Riordino del Servizio Sanitario Regionale";

VISTO l'Atto di Autonomia Aziendale approvato con deliberazione n. 167 dell'8.3.2019;

VISTO l'art.2 comma 5 della legge n.24 del 8 marzo 2017 che prevede che le strutture di gestione del rischio clinico predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.1308 del 24.11.2006 "Sistema regionale per la gestione del rischio clinico: indicazioni per le aziende sanitarie e istituzione della commissione regionale di coordinamento" che prevede fra i compiti dell'Unità di gestione del rischio aziendale quello di definire un piano annuale di attività che individui le priorità di intervento per le quali saranno avviate azioni preventive, correttive e di miglioramento;

RICHIAMATA la deliberazione della Giunta Regionale n.7 del 11 gennaio 2019 e n. 3587 del 10 gennaio 2020 "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2019" e "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2020" che hanno indicato le azioni e gli obiettivi che le Aziende Sanitarie devono raggiungere in materia di Rischio Clinico;

RICHIAMATA la deliberazione della Giunta Regionale n.358 del 30.04.2021 ad oggetto: "Assegnazione degli obiettivi per l'anno 2021 ai Direttori generali delle Aziende sociosanitarie e dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, nonché all'IRCCS Gaslini e agli Enti";

VALUTATO che le Relazioni sulle attività di gestione del Rischio Clinico Anno 2020 e 2021 sono state predisposte dal referente aziendale, approvate dalla Direzione Aziendale e già inviate ad A.Li.Sa.;

VERIFICATO che nell'ambito delle riunioni plenarie della Unità di Gestione del Rischio Aziendale del 9 giugno 2021 e del 13 giugno 2022 è stato definito il Piano Aziendale del Rischio Clinico per il 2021-23, quale strumento efficace per il raggiungimento degli obiettivi prioritari in tema di sicurezza delle cure;

PRESO ATTO CHE i contenuti dell'operato del 2020 e 2021 e le azioni programmate per il 2021-23 sono descritte nell'allegato 1 parte integrante del presente provvedimento;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;

DATO ATTO che la presente proposta è predisposta nell'ambito della sfera di competenza della Struttura proponente. Il direttore della stessa attesta l'avvenuta regolare istruttoria della pratica e la conformità del procedimento alla vigente normativa. Il Dirigente proponente attesta altresì l'assenza di situazioni di conflitto di interessi rispetto a quanto previsto dagli articoli 6 e 13 del D.P.R. 16.4.2013 n. 62 e del Codice di Comportamento aziendale approvato con deliberazione n. 1155 del 20.12.2017;

Tutto ciò premesso

PROPONE

1. di considerare la premessa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di prendere atto delle Relazioni sulle Attività di Gestione del Rischio Clinico anni 2020 e 21;
3. di prendere atto del Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico 2021;
4. di approvare il Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico 2022-23;
5. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
6. di pubblicare il presente provvedimento sul sito istituzionale aziendale, ai fini della massima trasparenza ed accessibilità totale, ai sensi della vigente normativa, e di pubblicarlo altresì all'Albo Pretorio informatico di questo Ente, ai sensi dell'art. 32 della Legge 69/2009.

IL DIRETTORE f.f.

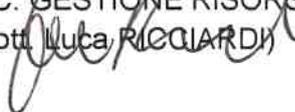
S.C. Governo e Rischio clinico, Programmazione sanitaria e Controllo di gestione
(Dott.ssa Micaela LA REGINA)



Per visto di regolarità contabile

IL DIRETTORE f.f.

S.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE
(Dott. Luca RICCIARDI)



IL DIRETTORE GENERALE

VISTO l'art. 3 D.Lgs 502/1992 e smi ed in virtù dei poteri conferitigli con Delibera di Giunta Regionale n. 1137 del 30.12.2020;

LETTA E VALUTATA la proposta di deliberazione di cui sopra, presentata dal Dirigente preposto alla materia;

PRESO ATTO che chi propone il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è legittimo e congruente con le finalità istituzionali dell'Azienda;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

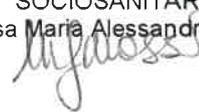
IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dott. Antonello MAZZONE)



IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott.ssa Franca MARTELLI)



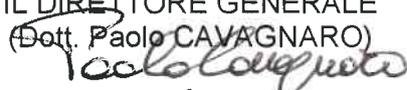
IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Dott.ssa Maria Alessandra MASSEI)



DELIBERA

di far propria la proposta sopra riportata, recependola integralmente nei termini indicati.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Paolo CAVAGNARO)



ALLEGATO N. 1 ALLA DELIBERAZIONE N. _____ DEL _____

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Sociosanitaria n. 5
La Spezia

Piano Aziendale
Gestione del Rischio Clinico
2021 - 2023

1. Premessa

La Gestione del Rischio Clinico è la funzione che si occupa della identificazione, analisi, prevenzione/controllo/riduzione dei rischi connessi con l'assistenza sanitaria, integrando clinica e organizzazione e trasformando l'incidente in un'occasione di miglioramento.

In ASL 5 tale funzione è affidata all'area "**Risk Management**" della S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria, Controllo di Gestione, in staff alla Direzione Generale.

Mission di tale funzione è la promozione e il coordinamento di iniziative per la sicurezza del paziente, unitamente alla tutela della sicurezza del Personale e degli Ambienti e alla sensibilizzazione in merito della popolazione afferente l'azienda sanitaria, nell'ottica di una gestione integrata del rischio sanitario e nel rispetto delle linee di indirizzo e delle disposizioni in materia, emanate a livello regionale e nazionale.

2. Il Piano Aziendale della Gestione del Rischio Clinico

Il Piano Aziendale della Gestione del Rischio Clinico, previsto dalla D.G.R. n.1308 del 24.11.2006, è un documento programmatico, generalmente biennale, in cui sono esplicitate le priorità di intervento per le quali saranno avviate azioni preventive, correttive e di miglioramento in ambito di sicurezza delle cure.

Il Piano prende le mosse dalla autovalutazione annuale delle attività aziendali di gestione del rischio sanitario, realizzata dall'Unità di Gestione del Rischio, attraverso lo strumento CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach), secondo quanto stabilito dalla Deliberazione di Giunta Regionale n.161/2016 e coordinata dal Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico.

Gli esiti della valutazione CARMINA, integrati con quelli del monitoraggio dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali di Sicurezza e degli altri indicatori di qualità e sicurezza, nonché con le linee di indirizzo regionali e nazionali, rappresentano la base per la compilazione del piano.

La struttura del Piano riflette le 7 aree di valutazione che costituiscono il CARMINA oltre a varie ed eventuali.

3. Il contesto organizzativo

L'Azienda SocioSanitaria Ligure 5 e provvede ad erogare, direttamente o tramite soggetti pubblici e privati accreditati:

- prestazioni e servizi previsti dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria) nelle forme dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera;
- prestazioni sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria;
- servizi di emergenza sanitaria sul territorio.

Essa opera mediante un presidio ospedaliero a gestione diretta (Presidio Unico del Levante Ligure), mediante una casa di cura convenzionata in disciplina di ortopedia, chirurgia e oculistica (Alma Mater) e un centro convenzionato per la

riabilitazione (Don Gnocchi).

Il Presidio Ospedaliero presente sul territorio dell'ASL n. 5 è denominato Presidio Ospedaliero del Levante Ligure e si compone di tre stabilimenti:

- Stabilimento ospedaliero "Sant'Andrea", Via Vittorio Veneto 197 a La Spezia;
- Stabilimento ospedaliero "San Bartolomeo", Via Cisa località Santa Caterina a Sarzana;
- Stabilimento "San Nicolò", a Levanto, include un Ospedale di Comunità di recente apertura e un punto di primo intervento dotato di una minima attività di radiologia e laboratorio.

Il presidio ospedaliero presenta un dipartimento di emergenza di 1° livello che comprende due Pronti Soccorsi (presso la stabilimento S. Andrea della Spezia e S. Bartolomeo di Sarzana) e un punto di primo intervento (Levanto).

La realtà del territorio è articolata in tre distretti:

- Distretto 17 (Val di Vara e Riviera)
- Distretto 18 (Del Golfo)
- Distretto 19 (Val di Magra)



Le attività dell'Azienda Sanitaria Locale sono organizzate in Dipartimenti:

- Medico, Chirurgico, Materno-infantile, Emergenza, Oncologico e dei Servizi;
- Dipartimento Cure Primarie che comprende i tre distretti;
- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze;
- Dipartimento Tecnico Amministrativo;

a cui si aggiungono, infine, le Strutture di Staff.

Nei Distretti trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale e del Sert e, con riferimento ai servizi alla persona, del Dipartimento di Prevenzione che costituiscono, tuttavia, Aree dipartimentali autonome. Per un approfondimento dell'assetto organizzativo si rimanda al sito aziendale, nella sezione dedicata amministrazione trasparente: <http://www.asl5.liguria.it>.

L'Azienda Sociosanitaria Locale n. 5 è stata accreditata dalla Regione Liguria con DGR n. 208 del 1 marzo 2013, per quanto si riferisce alle attività ospedaliere facenti capo ai dipartimenti Ospedalieri del Presidio Ospedaliero del Levante Ligure e con DGR 1413 del 15 novembre 2013 con riferimento alle attività del territorio facenti capo al Dipartimento Cure Primarie ed Attività distrettuali ed al Dipartimento Salute Mentale e Sert.

4. Il contesto esterno e gli elementi socio-demografici

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 opera in un contesto esterno costituito da un territorio in larga parte coincidente con quello della Provincia della Spezia (tre comuni dell'alta Val di Vara – Varese, Carro e Maissana – sono ricompresi nel territorio della ASL 4 chiavarese) con una popolazione distribuita in 29 comuni e 3 distretti socio sanitari.

Sotto il profilo demografico, il tratto saliente della popolazione spezzina è rappresentato dalla cospicua presenza di anziani: le persone con 65 anni e più sono pari al 27.5% circa della popolazione, mentre l'indice di invecchiamento, indicatore che rapporta l'ammontare degli over 64enni a quello dei giovani sotto i 15 anni è pari a 247 ; ciò significa che ogni 100 giovani fino a 14 anni vi sono ben 247 anziani. Caratteristica questa di cui bisogna necessariamente tener conto nella gestione del Rischio Clinico.

Il biennio 2020-21 è stato caratterizzato dalla diffusione della Pandemia Covid-19 in almeno 5 ondate successive per un totale di 67.625 positivi, 784.096 tamponi effettuati (tasso di positività cumulativo 8.6%) e 736 deceduti (infezione come causa del decesso) corrispondenti a una mortalità dello 0.35% e letalità del 1.09% al 30 giugno 2022 (fonte: SSD Epidemiologia, ASL5).

5. Il contesto interno

Il Servizio Sanitario Regionale, negli ultimi anni, è stato caratterizzato da un contesto di difficoltà generalizzato legato, a livello nazionale, alla grave crisi economica ed alla diminuzione delle risorse assegnate alla Regione - e di conseguenza anche alla ASL 5 - e dall'introduzione di rilevanti novità normative.

In questo quadro di riferimento l'Azienda ha proseguito negli anni gli interventi organizzativi e strutturali finalizzati ad una significativa innovazione del modello di offerta dei servizi, con l'obiettivo di realizzare un quadro operativo nuovo sul Territorio, con soluzioni integrate tra quest'ultimo ed il Presidio Ospedaliero, e di avviare un nuovo modello di assistenza in cui inserire il nuovo ospedale che andrà a caratterizzare nel futuro in modo significativo l'offerta di salute nel territorio della Provincia di La Spezia.

La ASL 5 ha quindi da tempo avviato un significativo progetto di riorganizzazione dell'azienda e sviluppato azioni nel medio-lungo periodo collegate alla realizzazione operativa di un nuovo modello di assistenza e di offerta dei servizi

che assicuri la centralità del territorio, sede di presa in carico dei problemi socio-sanitari del cittadino e di gestione dei percorsi, e riorganizzi le attività ospedaliere.

Dal 2020, le attività aziendali hanno subito continue modifiche in seguito al verificarsi della situazione pandemica del COVID-19 che ha investito ogni ambito assistenziale e non ultima la gestione del Rischio Clinico.

La gestione e il governo dell'emergenza pandemica ha implicato un ingente sforzo organizzativo e ha intensificato l'integrazione tra i vari Dipartimenti dell'Azienda.

L'anno 2021 è stato caratterizzato da un grandissimo sforzo organizzativo per la gestione della campagna vaccinale anti Sars-Cov2, la cui entrata nella fase di massiccio coinvolgimento del target più numeroso (over 50) ha coinciso con una fase di ripresa della pandemia (estate 2021). La campagna vaccinale ha coinvolto tutta l'Azienda con l'erogazione di 386.823 dosi di vaccini. Gli assistiti dell'Asl 5 che al 28/12/2021 hanno completato il ciclo vaccinale primario (1° e 2° dose) sono stati 198.540.

6. Le Risorse e la Produzione (anno 2021)

6.1 Le Risorse

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 470 unità, quelli convenzionati sono pari a 152 unità. I posti letto al 31.12.2021 gestiti direttamente sono pari a 416 ordinari di cui 7 a pagamento; i posti letto DH sono 38 e i DS sono 16 così suddivisi:

Stabilimento Sant'Andrea	Posti Letto			
	degenza ordinaria	di cui a pagamento	day hospital	day surgery
SC CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA'	17			1
CHIRURGIA PLASTICA	1			1
SSD CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE	1			
SC CHIRURGIA VASCOLARE	8			1
SC MALATTIE INFETTIVE	1		2	
MALATTIE INFETTIVE COVID	14		2	
SC MEDICINA INTERNA I	41		1	
MEDICINA INTERNA I COVID				
SC NEFROLOGIA E DIALISI	8		1	
SSD NEONATOLOGIA	14			
SC NEUROLOGIA	19	1	1	
SC ODONTOIATRIA				2
SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24			
SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA (OSTETRICIA)	15	4	1	1
GINECOLOGIA	4			1
SC OTORINOLARINGOIATRIA	3	1		1
SC PEDIATRIA	6	1	1	
PEDIATRIA INFETTIVI	3			
SC SPDC	21		1	
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10			
UTI SP COVID	2			
SC CARDIOLOGIA	10			1
SC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	10			
MEDICINA D'URGENZA COVID				
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA			2	
RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	1			
SC GASTROENTEROLOGIA				1
SC MEDICINA NUCLEARE	1		1	
PATOLOGIA NEONATALE	6			
SC ONCOLOGIA	8		16	
SC UROLOGIA	4			
TERAPIA SUBINTENSIVA COVID SP	2			
OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA	11			

Stabilimento San Nicolò Levanto	Posti Letto			
	degenza ordinaria	di cui a pagamento	day hospital	day surgery
SSD CURE INTERMEDIE	15			

Stabilimento San Bartolomeo Sarzana	Posti Letto			
	degenza ordinaria	di cui a pagamento	day hospital	day surgery
SC CARDIOLOGIA	12		1	
SSD CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA	2			1
SSD CHIRURGIA PLASTICA	1			1
SSD CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE	1			
CHIRURGIA VASCOLARE				1
SC GERIATRIA	30			
GERIATRIA COVID	0			
SC MEDICINA INTERNA II	30		1	
'MEDICINA INTERNA II COVID	0			
SSD MEDICINA MULTISPECIALISTICA	24			
SC OFTALMOLOGIA	1			1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7	0		1
SC UROLOGIA	5	0		1
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	0			
UTI SZ COVID	0			
RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	6		2	
CURE INTERMEDIE	0			
ONCOLOGIA			3	
SC PNEUMOLOGIA	26		1	
PNEUMOLOGIA COVID	0			
MEDICINA MULTISPECIALISTICA BUFFER				
MEDICINA COVID (EX CARDIOLOGIA)	0			
MEDICINA MULTISPECIALISTICA COVID	0			
TERAPIA SUBINTENSIVA COVID	0			
TERAPIA DEL DOLORE			1	
MALATTIE INFETTIVE COVID				
OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA	4			

L'anno 2021 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a 2349 dipendenti (di cui 2133 dipendenti a tempo indeterminato, 82 dipendenti a tempo determinato, 114 ad incarico libero professionale e co.co.co e 20 lavoratori in somministrazione).

Per la medicina generale, l'azienda opera mediante 158 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 184.652 (numero di assistiti da anagrafe sanitaria), e 21 pediatri di libera scelta che assistono complessivamente una popolazione pari a 21.460 unità.

6.2 La Produzione

Area ospedaliera

Numero di ricoveri per regime anno 2020 -2021 per reparto di dimissione

dip	Struttura	2020			2021			Delta	Delta %
		ORD	DH/DS	Totale	ORD	DH/DS	Totale		
CHIR	SSD CHIRURGIA PLASTICA	109	111	220	175	165	340	120	55%
CHIR	S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SPEZIA	1476	44	1520	1397	50	1447	-73	-5%

CHIR	S.C. OTORINOLARIGIOIATRIA - SA	286	23	309	406	8	414	105	34%
CHIR	S.C. CHIRURGIA GENERALE ALTA COMPLESSITA'	663	10	673	729	13	742	69	10%
CHIR	S.C. ODONTOIATRIA		208	208		314	314	106	51%
CHIR	S.C. CHIRURGIA VASCOLARE	241	10	251	325	14	339	88	35%
CHIR	SSD CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA -SZ	169	62	231	202	83	285	54	23%
CHIR	S.C. UROLOGIA	607	175	782	437	311	748	-34	-4%
CHIR	S.C. OFTALMOLOGIA	191	246	437	50	402	452	15	3%
CHIR	SSD CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE	154		154	210		210	56	36%
DEA	S.C. CARDIOLOGIA	726	97	823	737	142	879	56	7%
DEA	S.C. NEUROLOGIA	626	108	734	600	136	736	2	0%
DEA	S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	156		156	138		138	-18	-12%
DEA	S.C. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	951		951	1013		1013	62	7%
DEA	S.C. GASTROENTEROLOGIA		106	106		177	177	71	67%
MATER	S.S.D. NEONATOLOGIA	920		920	836		836	-84	-9%
MATER	S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1140	442	1582	1143	468	1611	29	2%
MATER	S.C. PEDIATRIA	357	30	387	548	42	590	203	52%
MED	S.C. GERIATRIA - FE	577		577	982		982	405	70%
MED	S.C. MALATTIE INFETTIVE	632	160	792	489	667	1156	364	46%
MED	S.S.D. CURE INTERMEDIE	280		280	282		282	2	1%
MED	S.C. NEFROLOGIA E DIALISI	293	180	473	290	158	448	-25	-5%
MED	S.C. MEDICINA INTERNA 1	1525	34	1559	1467	30	1497	-62	-4%
MED	S.C. MEDICINA INTERNA 2	1107	34	1141	747	1	748	-393	-34%
MED	S.C. PNEUMOLOGIA	401	2	403	413	2	415	12	3%
MED	S.C. RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	689	47	736	668	34	702	-34	-5%
MED	S.S.D. MEDICINA MULTISPECIALISTICA	845		845	852		852	7	1%
ONCO	S.C. ONCOLOGIA	223	821	1044	299	872	1171	127	12%
SERV	S.C. MEDICINA NUCLEARE	19		19	14	1	15	-4	-21%
SMS	S.C. SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	470	52	522	481	62	543	21	4%
	Totale	15833	3002	18.835	15930	4152	20.082	1.247	7%

Fonte: Flusso SDO

Indicatori di performance anno 2020 -2021 per area di dimissione

Anno	2021					2020				
	Ricove ri	Degenza Media Lorda	Degenza Media Trim Sx	Peso Medio X Acuti	Punti Equivalen ti	Ricove ri	Degen za Media Lorda	Degenza Media Trim Sx	Peso Medio X Acuti	Punt i Equi vale nti
NON SIGNIFICATIVO	10	15,67	15,67	1,71	0,42					
MEDICA	10.297	9,65	10,04	1,23	2.153,03	9.500	9,46	9,86	1,24	2,12 4,33
CHIRURGICA	5.291	5,73	7,72	1,63	1.071,86	4.508	6,26	8,34	1,58	805, 70
TERAPIE INTENSIVE	1.014	7,88	8,67	2,27	169,54	950	7,16	7,75	2,23	95,6 3
MATERN O INFANTILE	2.398	3,70	3,97	0,65	210,04	2.136	3,99	4,22	0,67	186, 19
RIABILITAZ. E LUNGODEG.POST- ACUZIE	456	16,58	17,06	1,48	403,08	538	19,81	20,33	1,15	537, 32
ALTRO	639	2,44	2,44	0,18	1,65	692	2,61	2,61	0,20	6,42
Totale	20.105	7,77	8,62	1,25	4.009,61	18.324	7,99	8,80	1,25	3,75 5,60

Fonte: Datawarehouse regionale

Numero di accessi al PS per stabilimento 2020 -2021

Anno	2020	2021	Delta 2021 / 2020	Delta %
STAB SANT'ANDREA LA SPEZIA	34.779	40.372	5.593	16%
STAB SAN NICOLO' LEVANTO	2.503	3.054	551	22%
STAB SAN BARTOLOMEO SARZANA	18.575	20.547	1.972	11%
Totale	55.857	63.973	8.116	15%

Fonte: Datawarehouse regionale

Produzione specialistica ambulatoriale 2020 -2021 per Dipartimento (parte ospedaliera)

DIP	2020		2021		Quantità		Valorizzazione	
	quantità prestazioni	valorizzazione	quantità prestazioni	valorizzazione	Delta valorizzaz.	Delta %	Delta valorizzaz.	Delta %
CHIRURGICO	47.122	1.866.474	56.071	3.508.797	8.949	19%	1.642.323	88%
DEA	25.575	964.074	36.406	1.475.671	10.831	42%	511.597	53%
MATERNO INFANTILE	14.778	330.232	17.025	339.744	2.247	15%	9.512	3%
MEDICO	44.034	883.049	53.219	1.050.426	9.185	21%	167.377	19%
ONCOLOGICO	47.001	2.568.730	47.326	2.820.255	325	1%	251.525	10%
SERVIZI	340.121	5.408.853	418.410	6.882.569	78.289	23%	1.473.716	27%
TOTALE	518.631	12.021.412	628.457	16.077.463	109.826	21%	4.056.051	34%

Fonte: Flusso ST

Area Territoriale

Produzione specialistica ambulatoriale 2020 -2021 per Dipartimento (parte territoriale)

DIP	2020		2021		Quantità		Valorizzazione	
	quantità prestazioni	valorizzazione	quantità prestazioni	valorizzazione	Delta valorizzazione	Delta %	Delta valorizzazione	Delta %
SALUTE MENTALE	17.708	208.548	26.893	311.935	9.185	52%	103.387	50%
CURE PRIMARIE	1.051.847	4.629.662	1.214.847	5.566.083	163.000	15%	936.421	20%
TOTALE	1.069.555	4.838.210	1.241.740	5.878.019	172.185	16%	1.039.809	21%

Fonte: Flusso ST

Preso in carico assistenza domiciliare 2021

Struttura	Livello assistenziale					TOTALE COMPLESSIVO
	0 BASE (GEA1)	1 PRIMO LIVELLO (GEA 2)	2 SECONDO LIVELLO (GEA 3)	3 TERZO LIVELLO (GEA 4)	4 PRESTAZIONALE	
CURE PALLIATIVE	45	78	25	78	0	226
DISTRETTO 17	25	281	151	34	193	684
DISTRETTO 18	74	849	339	119	620	2001
DISTRETTO 19	121	689	240	129	245	1424

Fonte: Flusso SPD- assistenza domiciliare

7. I risultati della Autovalutazione delle attività di Gestione del Rischio Clinico (CARMINA)

7.1 Risultati ANNO 2020

La autovalutazione ha evidenziato assenza di gap maggiori e un punteggio complessivo pari a 843.

Le attività di gestione del rischio sanitario hanno consentito di raggiungere il cuore del bersaglio in tutte le

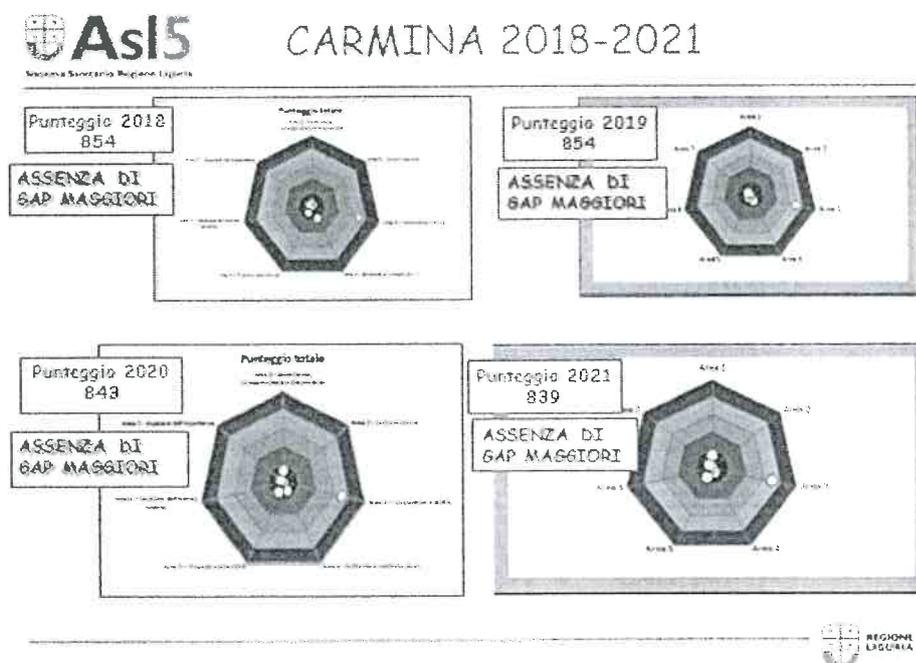
aree ad eccezione dell'Area 3. **Conoscenze e abilità** per la mancanza della definizione del profilo di competenze e della valutazione annuale delle competenze personale medico, dirigenza sanitaria, personale infermieristico, tecnico, amministrativo nella maggior parte delle strutture. Nelle aree 1. Governance, consapevolezza e misurazione, 2. Comunicazione, 4. Ambiente e contesto sicuri, 5. Processi assistenziali sono stati rilevati gap minori; nelle aree 6. Gestione dell'evento avverso e 7. **Imparare dall'esperienza** nessun gap.

7.2 Risultati ANNO 2021

La autovalutazione ha evidenziato assenza di gap maggiori e un punteggio complessivo pari a 839.

Le attività di gestione del rischio sanitario hanno consentito di raggiungere il cuore del bersaglio in tutte le aree ad eccezione dell'Area 3. **Conoscenze e abilità** per la mancanza della definizione del profilo di competenze e della valutazione annuale delle competenze personale medico, dirigenza sanitaria, personale infermieristico, tecnico, amministrativo nella maggior parte delle strutture. Nelle aree 1. Governance, consapevolezza e misurazione, 2. Comunicazione, 4. Ambiente e contesto sicuri, 5. Processi assistenziali sono stati rilevati gap minori; nelle aree 6. Gestione dell'evento avverso e 7. **Imparare dall'esperienza** nessun gap.

Confronto esito CARMINA ultimi 4 anni



**PIANO DELLE AZIONI E DEI
PROGETTI PER LA SICUREZZA DEI
PAZIENTI PER L'ANNO 2021**

Premessa

In via eccezionale, trattandosi di un anno particolare per i servizi sanitari, in quanto caratterizzato da un lato da nuove ondate della pandemia e dall'altro dalla campagna vaccinale di massa anti-Covid 19, il presente piano relativo all'anno 2021 è limitato a un solo anno e non è strutturato sulle aree del CARMINA.

MACROATTIVITÀ 1: Gestione del Rischio Clinico nell'ambito della campagna vaccinale di massa anti-Covid 19 OBIETTIVI: A. Garantire la sicurezza di pazienti e operatori durante la campagna vaccinale anti-Covid19 B. Garantire la formazione e l'aggiornamento delle equipe vaccinali C. Garantire l'appropriatezza e la sicurezza d'uso dei vaccini anti-Covid 19 D. Garantire un riferimento all'utenza in caso di dubbi o in situazioni particolari E. Contrastare l'esitazione vaccinale
ATTIVITÀ 1 – Formazione e aggiornamento continuo delle equipe vaccinali ATTIVITÀ 2 - Aggiornamento modulistica vaccinale ATTIVITÀ 3 – Risposte a quesiti clinici e sulla sicurezza della vaccinazione anti-Covid 19 da parte degli operatori sanitari e dell'utenza ATTIVITÀ 4 – Gestione proattiva del rischio clinico mediante tecnica FMECA ATTIVITÀ 5 – Analisi eventi avversi e produzione raccomandazioni ATTIVITÀ 6 – Coordinamento attività di rilascio delle esenzioni alla vaccinazione anti-Covid 19
METODOLOGIA ➤ Gestione proattiva del rischio clinico mediante tecnica FMECA ➤ Gestione reattiva del rischio clinico mediante RCA e audit SEA ➤ Evidence-based practice
STRUMENTI ➤ Incident reporting ➤ FMECA, RCA, Protocollo di Londra ➤ Corso di formazione in presenza (a numerosità limitata) ➤ Newsletter ➤ Assistenza vaccinatori mediante Chat whatsapp ➤ Assistenza per l'utenza mediante e-mail ➤ Valutazione di casi
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Edizioni del "corso vaccini" erogate, aggiornamenti inviati via email alle equipe vaccinali ATTIVITÀ 2 - Versioni modulistica inviate al centro stampa ATTIVITÀ 3 – Risposte fornite ai team vaccinali via chat e all'utenza via email ATTIVITÀ 4 – Tabella riassuntiva FMECA su campagna vaccinale anti-Covid 19 ATTIVITÀ 5 – Analisi effettuate e raccomandazioni diffuse ATTIVITÀ 6 – Sedute di valutazione erogate dal servizio esenzioni
VALORE ATTESO Non applicabile
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

<p>MACROATTIVITÀ 2: Partecipazione all'elaborazione del Piano Pandemico Aziendale 2021-23</p> <p>OBIETTIVI:</p> <p>A. Garantire la preparedness in caso di pandemia</p> <p>B. Tesorizzare l'esperienza maturata durante la pandemia Covid 19</p>
<p>ATTIVITÀ 1 – Coordinare la stesura e l'approvazione del piano da parte degli attori aziendali coinvolti</p> <p>ATTIVITÀ 2 - Curare gli aspetti di sicurezza dei pazienti all'interno del piano</p> <p>ATTIVITÀ 3 - Programmare la diffusione del piano</p>
<p>METODOLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Analisi della gestione della pandemia Covid 19 ➤ Evidence-based practice
<p>STRUMENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Analisi del rischio ➤ Ricerca bibliografica ➤ Team working
<p>INDICATORI</p> <p>ATTIVITÀ 1 e 2 – Elaborazione piano pandemico aziendale</p> <p>ATTIVITÀ 3 – Inserimento del corso sul piano pandemico all'interno del piano di formazione aziendale</p>
<p>VALORE ATTESO</p> <p>Non applicabile</p>
<p>COMUNICAZIONE</p> <p>Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico</p>

<p>MACROATTIVITÀ 3: Organizzazione Celebrazione 3° Giornata Mondiale per la Sicurezza dei Pazienti (17/9/22)</p> <p>OBIETTIVI:</p> <p>A. Migliorare la consapevolezza di operatori sanitari, pazienti e istituzioni circa i rischi per la sicurezza della diade madre-bambino durante gravidanza, parto e puerperio</p> <p>B. Diffondere buone pratiche per garantire tale sicurezza</p>
<p>ATTIVITÀ 1 – Avanzamento nell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali nel dipartimento materno-infantile</p> <p>ATTIVITÀ 2 - Elaborazione, approvazione e pubblicazione manuale della sicurezza madre-neonato</p> <p>ATTIVITÀ 3 - Organizzazione campagna di sensibilizzazione alla vaccinazione anti-Covid 19 In gravidanza</p>
<p>METODOLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evidence-based practice ➤ Sistema Gestione Qualità
<p>STRUMENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Raccomandazioni ministeriali di sicurezza per l'area materno-infantile ➤ Procedure, Protocolli, Istruzioni operative ➤ Comunicati stampa e via social; materiale divulgativo
<p>INDICATORI</p> <p>ATTIVITÀ 1 e 2 – Pubblicazione e diffusione del Manuale della sicurezza madre-neonato a mezzo email e intranet</p> <p>ATTIVITÀ 3 – Presenza di brochure e poster testimonial presso gli ambulatori ospedalieri e consultoriali e ai reparti del dipartimento maternoinfantile</p>
<p>VALORE ATTESO</p> <p>Non applicabile</p>
<p>COMUNICAZIONE</p> <p>Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico</p>

ATTIVITA' FORMATIVE PREVISTE PER IL 2021 in MATERIA DI RISCHIO CLINICO

Per il 2021 l'attività di formazione in materia di rischio clinico ha incluso:

- corso BLS-D blended
- corso BLS-D pediatrico
- fad dispositivi di protezione individuale
- fad neoassunto
- corso avanzato ossigenoterapia ad alti flussi aspetti nutrizionali del paziente con covid 19
- corso competenze ostetriche in ambito neonatale
- corso fad emergenze
- corso fad infezione da sars-cov2- focus sull'insufficienza respiratoria
- corso non ECM sulla somministrazione dei vaccini anti-Covid19, destinato agli operatori delle equipe vaccinali.

**PIANO DELLE AZIONI E DEI
PROGETTI PER LA SICUREZZA DEI
PAZIENTI PER
IL BIENNIO 2022-23**

Premessa

Pur persistendo l'impegno dei sistemi sanitari nella gestione della pandemia e della relativa campagna vaccinale, l'anno 2022 si caratterizza per una progressiva e graduale ripresa delle attività ordinarie in tutti gli ambiti, compresa la Gestione del Rischio Clinico. Si riportano di seguito le attività previste per il 2022 e in parte per il 2023; alcune attività contrassegnate come O.B.2022 rappresentano anche obiettivi di budget della SC Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e controllo di gestione per l'anno 2022. Tali attività sono aggiuntive rispetto alle attività istituzionali di audit, gestione e analisi dei flussi sanitari correlati al rischio clinico, di implementazione e monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali di sicurezza e delle buone pratiche per la sicurezza del paziente. Prosegue infine l'attività di gestione del rischio clinico nell'ambito della campagna vaccinale anti-Covid19, attraverso la formazione e aggiornamento continuo delle equipe vaccinali, l'aggiornamento modulistica vaccinale, le risposte a quesiti clinici e sulla sicurezza della vaccinazione anti-Covid 19 da parte degli operatori sanitari e dell'utenza, la gestione proattiva del rischio clinico mediante tecnica FMECA, l'analisi eventi avversi e produzione raccomandazioni, il coordinamento attività di rilascio delle esenzioni alla vaccinazione anti-Covid 19 e delle valutazioni sanitarie ai fini dell'esonero dal pagamento della sanzione prevista dall'agenzia delle entrate per gli over 50 non vaccinati.

AREA 1. Area Governance, consapevolezza e misurazione OBIETTIVI: A. Contribuire a colmare la carenza di "programmi strutturati di <i>bench-marking</i> al proprio interno e con altre aziende (es. accreditamenti di eccellenza, certificazioni, altri programmi) che coinvolgano oltre il 25% delle SC/SSD"
ATTIVITÀ 1 – Supporto accreditamento di eccellenza SIED della SC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
METODOLOGIA ➤ Revisione Procedure, Protocolli, Istruzioni operative ➤ Ciclo di miglioramento continuo
STRUMENTI ➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Attivazione azioni di miglioramento dopo visita e report da parte dell'ente accreditatore
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA' DMPO, RSPP, Qualità e Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico, SC Gastroenterologia e endoscopia digestiva, Direzione Sanitaria
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 2. Comunicazione OBIETTIVI: A. Prevenire i rischi in categorie speciali di pazienti B. Mantenere attivo il coinvolgimento dei cittadini
ATTIVITÀ 1 – Organizzazione della 4° Giornata Mondiale per la Sicurezza dei pazienti: la ricognizione farmacologica come strumento per la riduzione dei rischi nei pazienti in politerapia
METODOLOGIA e STRUMENTI > Formazione degli operatori sanitari > Campagna di sensibilizzazione > Organizzazione ambulatori temporanei di ricognizione farmacologica
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Attivazione azioni ambulatori temporanei di ricognizione farmacologica nella giornata mondiale per la Sicurezza dei pazienti o in prossimità di essa
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA' Gestione del Rischio Clinico, SC Farmacia territoriale e altre SS.CC./SSD aderenti
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 2: Comunicazione OBIETTIVI: C. Migliorare la qualità e l'accuratezza della compilazione della documentazione clinica durante il ricovero, anche in vista del completamento dell'informatizzazione D. Migliorare l'efficacia della comunicazione e del trasferimento delle informazioni all'interno del team di cura
ATTIVITÀ 1 – Elaborazione progetto di revisione e razionalizzazione cartella clinica
METODOLOGIA E STRUMENTI > Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Consegna relazione attività svolte nel 2022 entro 31/12/2022 (revisione consensi e analisi documentazione cartella clinica)
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA' Gestione del Rischio Clinico, DMPO, SC Pianificazione e Qualità, Accreditamento, Formazione, SC Professioni sanitarie non mediche
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 2. Comunicazione
OBIETTIVI: E. Migliorare la diffusione della pratiche per la sicurezza
ATTIVITÀ 1 – Organizzazione della 4° Giornata Mondiale per la Sicurezza dei pazienti: la ricognizione farmacologica come strumento per la riduzione dei rischi nei pazienti in politerapia
METODOLOGIA e STRUMENTI <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formazione degli operatori sanitari ➤ Campagna di sensibilizzazione ➤ Organizzazione ambulatori temporanei di ricognizione farmacologica
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Attivazione azioni ambulatori temporanei di ricognizione farmacologica
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA' Gestione del Rischio, SC Farmacia territoriale e altre SS.CC./SSD aderenti
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 3. Conoscenze e Abilità
OBIETTIVI: A. Contribuire a colmare la carenza: “mancanza della definizione del profilo di competenze e della valutazione annuale delle stesse nel personale medico, dirigente non medico, infermieristico, tecnico, amministrativo in oltre il 25% delle SS.CC.”
ATTIVITÀ 1 – Promuovere entro la fine del 2023 l’attivazione del gruppo di lavoro dedicato
METODOLOGIA e STRUMENTI <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavoro di gruppo ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Attivazione gruppo di lavoro
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA' Gestione del Rischio Clinico, SC Gestione Risorse Umane, SC Professioni Sanitarie non mediche, Direzione Sanitaria
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 4. Ambiente e contesto sicuri OBIETTIVI: A. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la salvaguardia della sicurezza ambientale
ATTIVITÀ 1 – Miglioramento report annuale su monitoraggio non conformità strutture/impianti/apparecchiature ATTIVITÀ 2 - Supporto all'elaborazione di procedura per il monitoraggio del percorso Alimenti, Rifiuti e Sterilizzazione ATTIVITÀ 2 - Elaborazione di procedura per la gestione delle assenze improvvise dei professionisti sanitari (dirigenza medica e comparto) (O.B.2022)
METODOLOGIA e STRUMENTI ➤ Revisione dell'esistente e miglioramento
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Integrazione report annuale con monitoraggio non conformità strutture e impianti ATTIVITÀ 2 e 3 - Produzione procedura entro il 31/12/2022
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITÀ Gestione del Rischio Clinico, SC Gestione tecnica, SC Ingegneria clinica, DMPO, SC Pianificazione e qualità, accreditamento, formazione, SC Professioni sanitarie non mediche
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 5. Processi assistenziali OBIETTIVI: A. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la progettazione di percorsi assistenziali sicuri e il loro monitoraggio
ATTIVITÀ 1 – Revisione almeno 5 procedure relative alle Raccomandazioni Ministeriali di sicurezza (O.B.2022) ATTIVITÀ 2 – Elaborazione Procedura gestione lesioni da pressione (ldp) e instaurazione monitoraggio nuove ldp (2022-23) ATTIVITÀ 3 – Effettuazione monitoraggio Istruzione operativa Read-back, rilevazione del dolore (2022-23) ATTIVITÀ 4 - Monitoraggio precauzioni standard/isolamento (2022-23) ATTIVITÀ 5 - Costruzione sistema di indicatori: Infezioni correlate all'assistenza (ICA) (O.B.2022) ATTIVITÀ 6 - Progetto biennale di miglioramento della gestione della sepsi in ospedale (O.B.2022) ATTIVITÀ 7 - Valutazione proattiva mediante tecnica FMECA del processo di teleconsulto e di nutrizione parenterale ATTIVITÀ 8 - Partecipazione all'elaborazione del Manuale Operativo dell'Ospedale di Comunità ATTIVITÀ 9 - Supporto alla elaborazione delle Istruzioni operative e all'attivazione dei percorsi di fast-track
METODOLOGIA e STRUMENTI ➤ Gruppi di lavoro ad hoc ➤ Survey online su precauzioni standard/isolamento per Covid19 ➤ Audit di sistema ➤ Evidence-based practice
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Pubblicazione documenti revisionati e approvati su intranet ATTIVITÀ 2 – Pubblicazione procedura su intranet e Report sul monitoraggio ATTIVITÀ 3-4 - Elaborazione Report ATTIVITÀ 5 – Elaborazione sistema indicatori entro 31/12/2022 ATTIVITÀ 6 – Consegna progetto biennale e report su attività 2022 entro 31/12/2022 ATTIVITÀ 7 - Report FMECA ATTIVITÀ 8 - Produzione manuale operativo Ospedale di Comunità ATTIVITÀ 9 - Produzione Istruzioni operative e dei percorsi di fast-track ORL, ortopedico, oculistico, ginecologico

VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA' Gestione del Rischio Clinico, SC Professioni sanitarie non mediche, SC Pianificazione e Qualità, Accredimento, Formazione, Comitato infezioni ospedaliere
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

ATTIVITA' FORMATIVE PREVISTE PER IL 2022 in MATERIA DI RISCHIO CLINICO

Nel piano della formazione per il 2022 l'attività di formazione in materia di rischio clinico prevede:

- Corso annuale di Gestione del Rischio Clinico, corso strategico, raccomandato soprattutto per i referenti del rischio clinico, in presenza, 1 edizione di 4 giornate su sfide future della gestione del rischio clinico, sicurezza dei pazienti in chirurgia, comunicazione con l'utenza, sicurezza farmacologica
- Corso in presenza sul piano pandemico aziendale per i direttori di SC e i responsabili SSD
- Corso FAD sul piano pandemico aziendale per i restanti dipendenti

RELAZIONE DI ATTIVITA' GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE ANNO 2020

Sommario

<u>GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE</u>	2
<u>COMUNICAZIONE</u>	9
<u>FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'</u>	11
<u>SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI</u> <u>MINISTERIALI</u>	14
<u>IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI</u>	25

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

Attività organizzative di coordinamento, attuazione, supervisione e valutazione della gestione del rischio clinico a livello aziendale.

<p>G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)</p>	<p>L'Unità di Gestione del Rischio dell'ASL 5 è stata istituita con delibera del DG n. 881 del 11/10/2006. La delibera n. 1154 del 28/11/2008 modificava parzialmente la composizione dei membri e nominava un nuovo referente aziendale. La delibera n. 314 del 20/4/2010 conferiva al referente l'incarico di Responsabile della SS Risk Management, inserita all'interno dello staff nella SC Clinical Governance. Tale incarico veniva rinnovato con delibera 135 del 20/2/2014 e la S.S veniva inserita nella S.C Governo Clinico, Rischio clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione. Con la del. 395 del 14 maggio 2015 invece veniva ulteriormente modificata la composizione dei membri dell'Unità di Gestione del Rischio (UGR), prevedendo come invitati permanenti i Direttori di Dipartimento e un Rappresentante delle Associazioni di tutela dei cittadini. Il 28/12/2015 un secondo Dirigente Medico veniva assegnato alla Struttura Risk Management, con ingresso in servizio dopo congedo di maternità il 19 settembre 2016 (delibera. n. 321 14/4/2016). Nel 2017 è stato inserito nell'UGR anche un rappresentante dei MMG e nel 2018 è stato aggiornato l'elenco dei referenti del rischio clinico. Al 31/12/2018 il Responsabile della SS Risk Management è andato in quiescenza e il dirigente medico assegnato nel 2016 è stato indicato come referente aziendale e membro della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, la cui nuova composizione è stata notificata con D.G.R. 12/04/2019.</p> <p>Da Dicembre 2020 è stata assegnato al Risk Management un secondo dirigente medico con lettera Prot.110/DS del 9/12/2020.</p> <p>Declinazione del Rischio Clinico in ASL 5</p> <p>La Direzione Aziendale detta le politiche generali necessarie a garantire adeguati livelli di sicurezza, in base alle indicazioni nazionali e regionali.</p> <p>La Direzione Sanitaria, in collaborazione con i Dipartimenti, crea l'ambiente favorevole alla cultura della sicurezza e definisce priorità e risorse necessarie. Il Risk Manager, interagendo con la Direzione Aziendale, prepara il piano organizzativo per la sicurezza e coordina tutte le competenze aziendali dell'Unità di Gestione del Rischio, al fine di identificare e presidiare i punti critici dei processi assistenziali. Tutti gli Operatori, sia della Dirigenza che del Comparto, sono responsabili dell'adozione delle misure di prevenzione del rischio, indicate dall'UGR, nonché della segnalazione degli errori e delle situazioni critiche. Obiettivo del Risk Management Aziendale è sensibilizzare tutti i dipendenti ad acquisire maggiore consapevolezza nella Politica di gestione degli errori, supportandoli con la formazione e l'adozione di strumenti snelli ed ergonomici (lean organization).</p> <p>Il modello organizzativo è articolato in quattro momenti: identificazione dei rischi, analisi dei rischi tramite strumenti dedicati, azioni di miglioramento e follow-up. La logica "NO BLAME" e la natura non sanzionatoria del Risk Management favoriscono l'emersione degli errori e dei quasi errori, rendendoli un'opportunità di insegnamento e miglioramento per tutti.</p>
---	---

<p>G2 Gruppo Operativo UGR</p> <p>G2.1. N. Incontri gruppo operativo UGR nel 2020</p> <p>G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza</p>	<p>Il Gruppo Operativo UGR è stato istituito con delibera n. 959 del 10 novembre 2016.</p> <p>Il gruppo operativo UGR e i referenti del rischio clinico non sono mai stati riuniti in plenaria nel corso del 2020, a causa delle limitazioni introdotte dalla Pandemia Covid-19. Hanno tuttavia lavorato ai singoli progetti via mail, videoconferenza o in presenza in piccoli gruppi, collaborando in particolare alla stesura del documento Carmina e dei documenti relativi ai percorsi Covid-19 e non Covid-19. La strategia di comunicazione costante con la rete dei referenti è basata sulla piattaforma Intranet e la posta elettronica</p>
--	--

G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico

La presa d'atto del piano 2019/2020 è avvenuta con delibera n. 101 del 19/09/2019. Gli obiettivi prefissati per il 2019-20 sono stati i seguenti:

Prosecuzione Progetti avviati nel 2018

1. Progetto "Lettera di dimissione e Scheda di Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica informatizzata" (da concludere nel 2019)
2. Progetto "Sicurezza in Ostetricia" (da concludere nel 2020)
3. Progetto "Appropriatezza prescrittiva dei Biosimilari" (da concludere nel 2019)
4. Giri per la verifica dell'applicazione delle misure di prevenzione delle cadute in ospedale
5. Progetto diffusione Braccialetto identificativo
6. Progetto Revisione Procedura di prevenzione delle aggressioni agli operatori sanitari (differita in attesa approvazione disegno di legge)

Attività relative agli indirizzi operativi regionali sul Rischio Clinico

1. Adozione e compilazione dello Strumento di autovalutazione Carmina, revisione dei risultati nell'ambito del Comitato Tecnico Regionale
2. Partecipazione al GdL regionale per l'analisi degli incident reporting, delle segnalazioni delle cadute e dei risultati del Carmina 2017 (2019)
3. Partecipazione al GdL regionale per l'organizzazione del World Patient Safety Day del 17 settembre 2019
4. Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali per adempimenti regionali LEA
5. Diffusione e implementazione locale Raccomandazione ministeriale n.18 ("acronimi")

Attività scientifiche

- a. Organizzazione come responsabile scientifico nell'ambito del XXIV Congresso Nazionale Fadoi 2019 del corso "Il processo di cura nell'era digitale: la digital health...ma preserviamo il dialogo"
- b. Partecipazione all'organizzazione del Congresso Internazionale ISQUA 2020 a Firenze
- c. Partecipazione come docente al corso formativo aziendale sulla Comunicazione fra operatori, organizzato da ASUR Marche
- d. Partecipazione come "invited author" alla monografia sulla metodologia del processo diagnostico per i Quaderni dell'Italian Journal of medicine
- e. Partecipazione come "invited author" alla monografia sulla responsabilità professionale medica oggi i Quaderni dell'Italian Journal of medicine
- f. Partecipazione come "invited author" alla monografia sulla sicurezza delle cure in medicina interna per i Quaderni dell'Italian Journal of medicine
- g. Partecipazione come "invited author" alla stesura di un capitolo sul rischio clinico in medicina interna nell'ambito del Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management (editors: Liam Donaldson, Walter Ricciardi, Susan Sheridan, Riccardo Tartaglia), edito da Springer

Progetti attivati nel 2019 a scadenza nel 2020

1. Diffusione a tutti i reparti di degenza della lettera di dimissione/schede di Ricognizione e Riconciliazione
2. Supporto tecnico ad Audit Clinici e a altri obiettivi di Budget proposti dal Risk Management
3. Visite nei reparti di degenza per la valutazione degli strumenti di Prevenzione Cadute e produzione report
4. Revisione Scala di Conley insieme a prescrizione contenzioni e IO per la prevenzione delle cadute nei pazienti con agitazione psicomotoria
6. Diffusione di Pratiche per la sicurezza: Consenso agli esami radiologici nei Minori, varie ed eventuali

7. Indagine di clima aziendale, cultura della sicurezza e missed nursing care e diffusione dei risultati
8. Completamento e diffusione Buona pratica "Valproato"
9. Avvio progetto "pettorine" anti-interruzioni
10. Raccolta elogi/encomi/ringraziamenti
11. Riattivazione monitoraggio lesioni da decubito in area medica
12. Revisione dei consensi informati in Ginecologia e Ostetricia
13. Progetto "Strategie di opposizione a richieste di risarcimento per infezioni correlate all'assistenza"
14. Implementazione pagina Risk Management su sito esterno
15. Aggiornamento pagina Risk Management su intranet

Per le attività di formazione vedi la sezione **F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale 2020** del presente documento.

Nel corso del 2020 alcuni dei suddetti obiettivi non sono stati condotti a termine, sostituiti da altri progetti legati all'emergenza sanitaria.

G4 Eventi avversi / quasi eventi

G4.1 Incident reporting (IR): G4.1.1 segnalazione G4.1.2 analisi e gestione G4.1.3 misurazione IR

Nel 2020 sono stati ricevuti **46 Incident Reporting**.

Gli eventi avversi più frequenti (2020 vs 2019) sono stati:

Procedura clinica	15 vs 21
Procedura identificazione	3 vs 2
Proc.trasfusionale (near miss)	1 vs 6
Procedura trasporti secondari	2 vs 2
Proc. trasp materiale biologico	2 casi
Dispositivi e presidi	6 casi
Prestazione assistenziale	3 casi
Percorsi assistenziali	10 casi
Altro	4 casi

Per la gestione di tali eventi è stato eseguito audit o RCA e messe in atto le seguenti azioni di miglioramento:

1. revisione IO Dimissione Protetta
2. re-training sul processo trasfusionale e diffusione aggiornamento raccomandazione ministeriale n.5 in modalità FAD
3. elaborazione IO analisi genetiche su aborto di feto malformato
4. revisione PL trasporti secondari urgenti
5. interventi della SC Gestione tecnica nelle segnalazioni inerenti i dispositivi
6. revisione cartella infermieristica Gastroenterologia ed endoscopia
7. refreshing sulle modalità di refertazione ECG (timbro e firma) e sollecito informatizzazione
8. elaborazione e diffusione IO trasporto materiale biologico BO sarzana
9. elaborazione e diffusione Istruzioni operative/procedure/checklist per evitare le commistioni sporco/pulito nei seguenti setting/percorsi; Scheda TRIAGE COVID-19 (versione lunga e algoritmo breve); "Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti durante l'emergenza Coronavirus"
10. elaborazione e diffusione Istruzioni operative per la corretta esecuzione dei tamponi oro-nasofaringei e delle indagini antigeniche e sessioni educative a piccoli gruppi a cura di GSAT
11. elaborazione e diffusione documento su Prodotti attivi contro SARS-Cov2 da utilizzare per la disinfezione ambientale delle superfici
12. simulazioni e/o incontri a piccoli gruppi su aspetti di sicurezza dei pazienti e degli operatori
13. corso FAD dal titolo "Trasmissione dell'infezione e dispositivi personali di protezione"
14. attivazione pubblicazione referti di medicina preventiva sulla pagina personale dei dipendenti
15. identificazione Covid Hospital
16. sessioni educative e utilizzo dei DPI a piccoli gruppi nei reparti a cura di RSPP e GSAT
17. autonomizzazione test diagnostici per SARS-CoV2
18. ampliamento team per il contact tracing degli operatori sanitari con unità della SC Pianificazione, qualità e accreditamento, formazione
19. istituzione supporto psicologico telefonico per i familiari di pazienti ricoverati per Covid-19 (inviata come buona pratica all'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche AGENAS)
20. elaborazione e diffusione vademecum sui comportamenti da tenere per gli studenti in tirocinio (inviata come buona pratica all'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche AGENAS)
21. elaborazione e diffusione di raccomandazione contro l'uso inappropriato dei disinfettanti
22. refreshing sulla corretta identificazione dei pazienti prima dei

prelievi di materiale biologico

23. elaborazione e diffusione Procedure ricoveri ospedale covid e covid-free
24. elaborazione e diffusione vademecum comportamenti operatori sanitari per prevenzione diffusione infezione da SARS-CoV2
25. diffusione indicazione di Alisa sulla dimissione di pazienti verso strutture post-acuzie o con attivazione di FKT/ADI a domicilio

Segnalazione Aggressioni si è registrato una diminuzione del 38% rispetto al 2019; gli episodi segnalati sono stati 49, così distribuiti: Dipartimento medico 13, Dipartimento Salute Mentale 8, Dipartimento chirurgico 1, Dipartimento materno-infantile 10, strutture di staff 6, PS 6, Cure primarie 4; Farmacia 1. L'aggressione è stata anche fisica in 10 casi, con denuncia di infortunio in un solo caso. Si segnala in un caso aggressione verbale sia in presenza che attraverso i social.

Monitoraggio Eventi Avversi

Cadute: Viene eseguita valutazione periodica del numero delle cadute (tasso per 1000 giorni di degenza). Nel 2020 si è confermato trend in diminuzione rispetto al 2019 come già nel 2018 e 2019.

Dati CIO 2020: l'attività di monitoraggio si è concentrata sui casi di infezione da SARS-CoV2.

Allontanamento spontaneo dei pazienti 2020: 9

Lesioni da pressione: il monitoraggio (cartaceo) è di norma eseguito in terapia intensiva e nel dipartimento medico.

G5 Eventi sentinella G5.1. Misurazione eventi sentinella	Nel 2020 sono stati segnalati 2 eventi sentinella.
G6 Gestione sinistri G6.1. Misurazione sinistri	Debito informativo assolto dal gruppo regionale
G7. Programmi strutturati di benchmarking	L'azienda attua programmi strutturati di confronto al proprio interno mediante certificazione aziendale da parte di ente terzo a livello di dipartimento dei Servizi (SS. CC. Radiologia, Medicina Nucleare, Patologia clinica, Immunoematologia e servizio trasfusionale, SSD neuroradiologia e Laboratorio specialistico di tossicologia) e 2 SC del dipartimento Oncologico (SC Fisica Sanitaria e Oncologia).

COMUNICAZIONE

Modalità di comunicazione all'interno dell'azienda, verso altre aziende verso le istituzioni regionali e nazionali

<p>C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente</p>	<p>Il sistema di comunicazione interno in materia di rischio clinico è rappresentato da una pagina dedicata di Intranet e dalla mail aziendale.</p> <p>Nel 2017 è stata iniziata la pubblicazione sull'Homepage Intranet di comunicati periodici del Risk Management (generalmente lezioni apprese da eventi avversi analizzati).</p> <p>Per quanto riguarda la comunicazione esterna, l'Azienda ha esplicitato le metodologie di informazione in materia di rischio clinico per cittadini e pazienti in un documento pubblicato sul sito ASL. L'informazione avviene prevalentemente attraverso il sito internet, nonché mediante la produzione di poster e brochure dedicate nei reparti e servizi (rischio di infezioni correlate all'assistenza, rischio di errori di identificazione, rischio cadute in ospedale). Il rappresentante dell'UGR dei cittadini/pazienti ha partecipato assiduamente alle riunioni plenarie, portando contributi interessanti, corredati da note esplicative, inserite nei verbali.</p>
<p>C2 Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni</p>	<p>Tutti gli aggiornamenti sono prontamente pubblicati su intranet e inviati via email ai referenti del rischio, presenti in ogni reparto/dipartimento.</p> <p>Contenuti particolari vengono diffusi con incontri <i>ad hoc</i> rivolti a singoli reparti o gruppi di reparti, come è avvenuto nel 2020 in relazione all'uso dei dispositivi di protezione individuale (vedi di seguito).</p>
<p>C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo</p>	<p>La diffusione di procedure/protocolli/istruzioni operative approvate, buone pratiche e decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo avviene via email, inviate dal RM ai referenti del rischio clinico e/o ai componenti dei vari gruppi di lavoro e/o a tutti gli operatori, a seconda della rilevanza dell'argomento in termini di rischio. L'Azienda verifica l'efficacia della comunicazione adottata rispetto a procedure, protocolli e istruzioni operative per alcuni aspetti annualmente, per altri ogni 2-3 anni (es. annualmente, lavaggio delle mani e dell'isolamento dei pz con germi MDR o Panresistenti, compilazione consensi, modulo privacy, scheda dolore, check list SO, STU, ricognizione/riconciliazione; ogni 2-3 anni armadio farmaci, check-list carrelli emergenza).</p> <p>Nel 2020, oltre ai documenti riportati fra le azioni di miglioramento conseguenti all'analisi degli Incident Reporting, è stata diffusa la Procedura per la manipolazione di forme farmaceutiche orali solide (Raccomandazione Ministeriale n.19).</p>

C4 Debito informativo aziendale	Assolto secondo le modalità e le scadenze previste (flusso regionale Eventi avversi e flusso nazionale monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali).
C5 Valutazione dell'informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico	Nel corso del 2020 non è stata prevista valutazione dell'informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico.
C6 Valutazione cultura della sicurezza e risultati positivi (elogi/encomi/ringraziamenti)	<p>La valutazione della cultura della sicurezza viene eseguita ogni 3 anni; l'ultima valutazione insieme a quella del benessere organizzativo e della missed care è stata eseguita nel 2019.</p> <p>Il censimento degli elogi/encomi/ringraziamenti a mezzo stampa nel 2020 è stato eseguito in maniera parziale e ha documentato 12 pubblicazioni. Ad ogni modo, nel 2020 a causa dell'emergenza sanitaria sono pervenuti numerosi ringraziamenti attraverso biglietti e donazioni di dispositivi direttamente nei reparti e via social.</p>

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'

Attività di formazione e valutazione svolte a livello aziendale e interaziendale

<p>F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale 2020</p>	<p>Il piano formativo aziendale prevede ogni anno un progetto formativo in materia di rischio clinico in linea con i fabbisogni locali e le linee di indirizzo regionali. Prima dell'inizio della pandemia per il 2020 era previsto un progetto formativo di 9 appuntamenti diffusi durante l'anno su topic quali la sicurezza dei pazienti in sala operatoria e in endoscopia digestiva, la raccomandazione ministeriale n.19, gli errori da interruzione e l'uso delle pettorine durante la somministrazione dei farmaci, la relazione medico-paziente, ecc.</p> <p>A seguito delle limitazioni imposte alle attività di formazione dall'emergenza sanitaria (sospensione corsi in presenza), il progetto formativo programmato non è stato erogato.</p> <p>Solo dopo creazione di una piattaforma FAD Aziendale, da Ottobre 2020 sono stati erogati i seguenti corsi ECM inerenti la gestione del rischio clinico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Gestione dell'infezione da SARS-COV2 - focus sull'insufficienza respiratoria" 4ore, 4 crediti ECM - "Trasmissione dell'infezione e dispositivi di protezione individuale" 4 ore e 15 minuti e crediti ECM 4 - "Medicinali e dispositivi medici: sicurezza e sostenibilità" 4 ore e 15 minuti, 4 crediti ECM. <p>In data 29 Dicembre 2020 si è tenuta la prima edizione del corso non ECM sulla somministrazione dei vaccini anti-COVID19, destinato agli operatori delle equipe vaccinali.</p>
<p>F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali</p>	<p>La valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure basate sulle raccomandazioni ministeriali avviene attraverso gli Audit interni effettuati dalla SS Qualità e accreditamento, l'analisi degli incident reporting, dei sinistri e dei reclami, il controllo diretto dei referenti del rischio clinico, la revisione delle cartelle cliniche e le visite alle strutture.</p> <p>Nel 2020 sono stati effettuati audit interni solo a carico delle strutture del dipartimento dei servizi, per le quali non sono state rilevate criticità relative alla gestione del rischio.</p>
<p>F3 Promozione dell'igiene delle mani</p>	<p>La promozione dell'igiene delle mani avviene in maniera costante tramite:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tabelle riassuntive riguardanti le tecniche di lavaggio nelle zone in cui è praticata l'igiene delle mani (es. in prossimità dei lavandini delle medicherie, in prossimità dei dispenser ecc...) 2. disposizione dei dispenser contenenti la soluzione idro-alcolica in prossimità delle zone in cui è erogata l'assistenza (punti di cura). <p>Nel 2020 la promozione dell'igiene delle mani è stata intensificata attraverso disposizioni della direzione, della medicina preventiva, del CIO.</p>
<p>F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza</p>	<p>L'introduzione di nuove tecniche e nuovi dispositivi di sicurezza avviene generalmente mediante incontri <i>ad hoc</i> con il personale. Nel 2020 si segnala formazione mediante incontri a piccoli gruppi all'interno delle singole SC/SSD sull'uso dei dispositivi di protezione individuali, organizzata dalla SC Prevenzione Interna e Medicina Preventiva in collaborazione con le Professioni Sanitarie.</p>

<p>F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta</p>	<p>La valutazione del rischio di caduta viene effettuata per i degenti mediante scala di Conley, inserita in tutte le cartelle cliniche. In ambito psichiatrico viene invece utilizzata la scala Ipfrat.</p> <p>La prevenzione delle cadute è eseguita mediante l'educazione diretta del paziente e del caregiver, un'informativa (poster Cadute distribuito a tutte le SC/SSD) e la promozione di un ambiente sicuro (es. letti ad altezza regolabile con spondine e fermo, segnalazione pavimento bagnato, ecc). Inoltre dal 2018 vengono effettuati annualmente i cosiddetti "Giri per le cadute", a cura di un gruppo multi-professionale (SS Risk management, SS professioni sanitarie, SC Gestione Tecnica e rappresentante dei cittadini in UGR) al fine di verificare l'applicazione delle misure di prevenzione delle cadute.</p>
--	--

F6 BLS e PLS	L'Azienda richiede agli operatori il corso BLS/PBS ogni 2-3 anni operatore. L'intervallo è rispettato prevalentemente per gli operatori sanitari del DEA. Nel 2020, a causa delle restrizioni subentrate, sono state eseguite le edizioni programmate prima dell'inizio della pandemia.
F7 Definizione profilo di competenze e sua valutazione	L'azienda ha esplicitato la spiegazione delle varie posizioni funzionali definendo le caratteristiche degli incarichi e delle connesse responsabilità, sia per gli incarichi professionali (incarico di altra professionalità) che gestionali (struttura semplice; coordinatori e posizioni organizzative). Doveri e responsabilità sono contenuti nei contratti e nei codici di comportamento. L'assegnazione dei compiti clinico assistenziali è a carico dei direttori di Struttura complessa. Non esiste tuttavia una chiara job description, con l'eccezione della SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e in forma parziale SC Patologia Clinica e SC Radiodiagnostica. Nel 2020 è stata effettuata valutazione delle performance individuali attraverso una scheda di valutazione sulle competenze organizzative e sui comportamenti e valutazione degli obiettivi individuali per i titolari di incarico, i coordinatori e le posizioni organizzative. Dal 2017 la SS Risk Management ha aderito al gruppo di lavoro regionale per la definizione dei profili di competenza.
F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver	Non esiste al momento un'istruzione operativa sulle modalità di educazione terapeutica al paziente e caregiver. Tale processo è effettuato in maniera autonoma e non standardizzata dalle diverse SC.

SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE

Contestualizzazione delle raccomandazioni ministeriali attraverso l'elaborazione di procedure aziendali e sviluppo di "Buone pratiche"

S1 Applicazione Raccomandazioni Ministero della Salute		
S1.1 Raccomandazione 1 – Mar. 2008 <i>Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.2 Raccomandazione 2 – Mar. 2008 <i>Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico</i>	Procedura aziendale (Pubblicata raccomandazione) Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.3 Raccomandazione 3 – Mar. 2008 <i>Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e dell'applicazione della checklist di sala</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
(La checklist è utilizzata in tutte le sale operatorie ASL)		
S1.4. Raccomandazione 4 – Mar. 2008 <i>Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<p>S1.5 Raccomandazione 5 – Mar. 2008 <i>Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità AB0</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>S1.6 Raccomandazione 6 – Mar. 2008 <i>Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Procedura aziendale (per gli aspetti prevalentemente organizzativi) Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>S1.7 Raccomandazione 7 – Mar. 2008 <i>Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>S1.8 Raccomandazione 8 – Nov. 2007 <i>Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>S1.9 Raccomandazione 9 – Apr. 2008 <i>Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura (inviata raccomandazione) Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>

<p>S1.10 Raccomandazione 10 – Sett. 2009 <i>Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>S1.11 Raccomandazione 11 – Genn. 2010 <i>Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto</i></p>	<p>Procedura aziendale (solo per i trasporti inter-ospedalieri) Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>S1.12 Raccomandazione 12 – Ago. 2010 <i>Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike"</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>S1.13 Raccomandazione 13 – Nov. 2011 <i>Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</i></p>	<p>Procedura aziendale (regionale) Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

<p>S1.14 Raccomandazione 14 – Ott. 2012 <i>Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>S1.15 Raccomandazione 15 – Febb. 2013 <i>Morte o grave danno conseguente a non corretta operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso attribuzione del codice triage nella Centrale</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>S1.16 Raccomandazione 16 – Apr. 2014 <i>Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita</i></p>	<p>Procedura aziendale (Pubblicata raccomandazione)</p> <p>Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>S1.17 Raccomandazione 17 – Dic. 2014 <i>Riconciliazione della terapia farmacologica</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>S1.18 Raccomandazione 18 – Sett. 2018 <i>Prevenzione degli errori di terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

<p>S1.19 Raccomandazione 19 – Ott. 2019 <i>Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet</p> <p>Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>S.2 Sviluppo Buone Pratiche</p>		
<p>S2.1 Audit Clinici accreditati ECM</p>	<p>Nel 2020 sono stati effettuati, con il supporto della SS Risk Management, 1 audit clinico sull'uso dei biosimilari in ambito reumatologico, gastroenterologico e oncologico e 9 audit SEA.</p>	
<p>S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale</p>	<p>L'Azienda utilizza uno strumento integrato ed unitario per la documentazione sanitaria rappresentato dalla cartella clinica organizzata per sezioni e standardizzata su tutte le degenze.</p>	

<p>S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica</p>	<p>Tale documento include campi definiti per le allergie e il foglio unico di terapia (STU). La cartella clinica informatizzata è in uso solo in Medicina Interna 1 e in Oncologia (La Spezia). La richiesta di consulenze è informatizzata su tutta l'Azienda.</p> <p>A partire da Ottobre 2019, è stato introdotto in tutti i reparti (eccetto, per ragioni di peculiarità, SC Anestesia e Rianimazione e Neonatologia) un software per la compilazione di anamnesi/esame obiettivo/ricognizione-riconciliazione/lettera di dimissione.</p> <p>Annualmente la DMPO esegue un controllo a campione sulla documentazione sanitaria; periodicamente il CDG monitorizza l'utilizzo delle consulenze informatizzate.</p>
<p>S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia</p>	<p>Tutte le SC/SSD di degenza sono dotate di Scheda Terapeutica Unica cartacea, definita anche Universale, in quanto uguale in tutte le strutture eccetto Pediatria e Terapia Intensiva dal 2018. La scheda terapeutica informatizzata è disponibile solo nelle SC Medicina Interna 1 e Oncologia, dotate di cartella elettronica.</p> <p>Controlli a campione sulla STU vengono eseguiti nel corso degli audit interni e ad opera della DMPO in collaborazione con le Professioni sanitarie e con il Risk Management</p>
<p>S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria</p>	<p>La checklist di sala operatoria è attiva su tutti i blocchi operatori e per tutte le discipline. La DMPO esegue controlli a campione sulle cartelle cliniche relativamente a check-list di sala operatoria e consenso a intervento chirurgico.</p>
<p>S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili e Consensi Informati al trattamento Sanitario</p>	<p>La DMPO esegue annualmente controlli a campione anche dei consensi al trattamento dei dati sensibili e dei consensi informati al trattamento sanitario. Nel 2019 la DMPO in collaborazione con la SS Risk Management sta realizzando una razionalizzazione dei moduli contenuti nel format aziendale di cartella clinica.</p>

S2.3. Corretta identificazione del paziente	Tutte le SC/SSD di degenza e la SC Medicina Nucleare sono dotate di braccialetto identificativo. E' stata programmata, ma non ancora eseguita la diffusione del braccialetto identificativo in sala parto e per la sicurezza trasfusionale.
S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Nel 2020 tutte le attività di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sono state focalizzate sulla prevenzione delle infezioni nosocomiali da SARS-Cov2. In particolare sono state elaborate e diffuse istruzioni operative/procedure/checklist nei seguenti setting/percorsi: blocchi operatori, pre-ricovero chirurgico, medicina nucleare, ambulatori, cardiologia, dipartimento materno-infantile. Sono stati inoltre elaborati, diffusi e periodicamente aggiornati: la scheda TRIAGE COVID-19 (versione lunga e algoritmo breve) per selezionare gli accessi ai servizi sanitari ospedalieri e territoriali; l'istruzione operativa su tampone oronasofaringeo; il documento sui Prodotti attivi contro SARS-Cov2 da utilizzare per la disinfezione ambientale delle superfici; le norme comportamentali per gli operatori sanitari; i protocolli su diagnosi e trattamento dell'infezione da SARS-CoV2. Sono state, infine, tenute sessioni educative a piccoli gruppi su vestizione/svestizione DPI.
S2.5. Igiene delle mani	Per la promozione dell'igiene delle mani vedi F3. L'adesione al lavaggio delle mani viene monitorato nelle strutture di degenza attraverso la misurazione del consumo di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza. Nel 2020 il monitoraggio ha prodotto i seguenti risultati: +50% rispetto al 2019.
S2.6. Prevenzione e gestione cadute	Nel 2020 è proseguita l'applicazione delle attività degli anni precedenti. Il monitoraggio annuale che si conferma il trend in diminuzione dal 2017. Tasso cadute/1000 gg degenza: 1,62 (2020) vs 1,81 (2019) (-10,5%)
S2.7. Prevenzione della contenzione fisica	La prevenzione della contenzione fisica si basa sull'utilizzo di una scheda che presenta criteri molto restrittivi e sulla prevenzione del delirium.
S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)	Il protocollo per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione è stato sviluppato in area medica e in terapia intensiva. Il monitoraggio delle lesioni da pressione viene eseguito in forma cartacea in area medica e in terapia intensiva.
S2.9 Gestione del dolore	La gestione del dolore si basa su linee guida aziendali pubblicate su intranet. La scheda terapeutica unica universale contiene uno spazio dedicato per la terapia postoperatoria, fra cui quella analgesica. L'adesione al monitoraggio del dolore viene verificata con la revisione delle cartelle cliniche effettuata a campione dalla DMPO.
S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali	L'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali avviene ad opera di gruppi di lavoro multidisciplinari in risposta ad esigenze locali o indirizzi regionali o nazionali. I PDTA vengono redatti secondo un format aziendale disponibile presso la SS Qualità e Accreditamento e revisionati anche dal Risk Management per gli aspetti di pertinenza. Nel 2020 sono stati elaborati PDTA relativi alla gestione del paziente con Covid-19 sospetto o accertato a livello territoriale e ospedaliero.

<p>S2.11 Percorso nascita</p>	<p>Il percorso nascita viene monitorizzato annualmente con i seguenti indicatori: numero parti - numero prime visite presso i consultori - numero prime visite presso i consultori entro il terzo mese di gravidanza - numero parti in analgesia - percentuale di donne che allattano al seno - partecipazione corsi parto - presenza di questionario di qualità percepita alla dimissione - apertura di nuovi ambulatori.</p> <p>Nel 2020 sono stati rilevati i seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - parti totali: 861; parti in analgesia 22; TC elettivi 128, TC in urgenza codice giallo 136; TC in urgenza codice rosso 42, parti operativi 88, parti in acqua 6 - numero nati: 879 - allattamento materno esclusivo : 524 (75% dei dimessi dal Nido) - allattamento misto: 138 (20% dei dimessi dal Nido) - artificiale: 17 (2,5% dei dimessi dal Nido) - prime visite consultorio: 651 La Spezia e 280 Sarzana - partecipazione corsi di accompagnamento alla nascita: 148 La Spezia e 44 Sarzana.
<p>S2.12 Buone pratiche AGENAS</p>	<p>Nel 2020 sono state inviate all'osservatorio buone pratiche AGENAS 2 esperienze:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vademecum sui comportamenti da tenere da parte degli studenti tirocinanti nelle strutture sanitarie; 2. Counseling psicologico per i familiari di soggetti ricoverati per Covid-19
<p>S2.13 Controlli carrelli di emergenza</p>	<p>I controlli dei carrelli di emergenza avvengono durante gli audit interni della SS Qualità e Accreditamento.</p>
<p>S4.3 Monitoraggio percorso farmaci</p>	<p>Il percorso aziendale dei medicinali è informatizzato dal loro arrivo in azienda, a seguito di un ordine amministrativo, alla richiesta e fino alla consegna al paziente o al reparto. Dal 2019, il percorso, è stato implementato con la tracciatura relativa al numero di confezione per tutte le erogazioni effettuate al paziente, per la successiva assunzione al domicilio, ed anche per le erogazioni ospedaliere che avvengono tramite il magazzino centrale di Vincinella.</p>

S4.6 Monitoraggio Percorso Alimenti	<p>Nel 2020 sono stati effettuati n.13 campionamenti tutti presso l’Ospedale S. Andrea di La Spezia con prelievo di n.50 campioni alimentari ed effettuazione di n.52 prelievi su superfici. Non è stata riscontrata la presenza di microrganismi patogeni, né negli alimenti, né sulle superfici.</p>
S4.7 Monitoraggio Percorso Sterilizzazione	<p>La centrale di sterilizzazione dispone di 3 autoclavi da 8 unità e una sterilizzatrice al plasma. Nel 2020 sono stati effettuate le seguenti attività di sterilizzazione: autoclave 1: 1854 cicli, autoclave 2 1818 cicli, autoclave 3: 2164 cicli, macchina al plasma: 797 cicli. Totale kit processati 12.961; totale buste vapore (BS-BD) processate 76.075; totale buste gas plasma (BS-BD) 5.505. Non sono state rilevate difformità da quanto previsto. L’esito di un sopralluogo strutturato (checklist), effettuato in data 1.10.2020 è stato pienamente positivo.</p>
S4.8 Monitoraggio Trasporti intraospedalieri	<p>Nel 2020 sono stati eseguiti 3166 trasporti dal S. Andrea verso il San Bartolomeo di cui 351 relativi a pazienti Covid-19 positivi (automezzo dedicato) e 3413 dal San Bartolomeo verso il S.Andrea di cui 246 relativi a pazienti Covid-19 positivi (quest’ultimo dato aggiornato al 31 ottobre 2020). Nessuna segnalazione di eventi avversi.</p>
S4.10 Gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi*, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali**).	<p>Le attività svolte dal Servizio antincendi sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività di verifica tecnica inerente a sopralluoghi tecnici di prevenzione incendi, programmati e effettuati in strutture ospedaliere e non ospedaliere dell’ASL5 - attività formative/informative/addestrative inerenti a esercitazioni antiincendio con prova di evacuazione con soccorso a persona, programmate ed effettuate in strutture ospedaliere e non ospedaliere dell’ASL5 - attività formativa inerente a corsi sulla sicurezza antiincendio-comportamenti da adottare in situazioni emergenziali, gestione del panico in emergenza, dedicati a tutti gli studenti (primo-secondo-terzo anno) del polo universitario del corso di laurea in infermieristica Polo universitario di via del canaletto 165, La Spezia. <p>Nell’anno 2020 sono state effettuate circa 100 giornate di esercitazioni anti-incendio c/o i vari plessi ASL 5. A seguito delle restrizioni legate all’emergenza sanitaria COVID 19 non si è dato corso ad attività formativa/informativa in aula.</p>

<p>S4.12 Monitoraggio procedure richiamo farmaci e dispositivi</p>	<p>La S.C. Farmacia riceve, per posta certificata, da ALISA (o direttamente dalla Ditta fornitrice) la comunicazione di revoca/ritiro di un farmaco/dispositivo. Il ritiro viene diffuso ai vari livelli aziendali ed extraaziendali interessati e pubblicato su sito intranet aziendale in una apposita sezione.</p> <p>Nel 2020 sono pervenute n.90 comunicazioni di ritiro/revoca relative a dispositivi e n. 93 comunicazioni di ritiro/revoca relative a oltre 275 farmaci.</p>
<p>S4.2 Monitoraggio non conformità che emergono dai piani di manutenzione ordinaria/ straordinaria per strutture, impianti, apparecchiature</p>	<p>APPARECCHIATURE DI PROPRIETA'</p> <p>1) La Struttura interessata causa guasto, o l'Ingegneria Clinica, attraverso le Ditte Manutentrici a seguito di manutenzione preventiva, verifiche di sicurezza elettrica o funzionali, dichiara il Fuori Uso temporaneo dell'apparecchiatura e /o attrezzatura mediante opportuna segnaletica, e compila il modulo di richiesta dedicato per intervento tecnico di manutenzione correttiva. 2) Le ditte manutentrici intervengono sull'apparecchiatura e in caso di conformità, concluso l'intervento, svolgono le verifiche di sicurezza elettrica e compilano il rapporto di lavoro, firmato per presa visione dal Responsabile della S.C. interessata, cui viene rilasciata una copia. Al termine delle attività, le ditte manutentrici aggiornano i sistemi di gestione informatici. Eventuali dettagli tecnici e storie manutentive dei beni, tipologie e frequenza dei guasti, sono estraibili dai database succitati. 3) In caso di non conformità, quali ad esempio quelle dovute ad elementi riguardanti la indisponibilità di pezzi di ricambio, obsolescenza con gravi carenze di sicurezza per il paziente e l'operatore non risolvibili con un intervento ordinario oppure danno irreparabile, ovvero per valutata opportunità di aggiornamento tecnologico, a beneficio dell'utenza oltreché dell'attività di reparto, l'Ingegneria Clinica propone il fuori uso dell'attrezzatura, valuta la dismissione e procede, se del caso, sentite le strutture utilizzatrici, con una proposta di sostituzione urgente o da inserire nella programmazione aziendale.</p> <p>Durante l'anno 2020, sono stati effettuati n° 105 fuori uso di apparecchiature a seguito di rilevazione di non conformità durante l'attività manutentiva.</p> <p>APPARECCHIATURE DI TERZI (SERVICE/COMODATO)</p> <p>Le ditte aggiudicatarie dei contratti di service/comodato sono responsabili delle verifiche di sicurezza e della manutenzione, nonché della rimozione delle non conformità, secondo quanto previsto nelle condizioni degli appalti.</p>
<p>S 4.4 Monitoraggio percorso dispositivi medici (da introduzione a utilizzo)</p>	<p>Nel corso del 2019 si è rivisto il percorso di valutazione e gestione delle richieste di dispositivi medici. Nello specifico è stata introdotta con deliberazione n.238 del 3 aprile 2019 una specifica commissione per l'appropriatezza dei dispositivi medici. Il monitoraggio relativamente agli aspetti di consumo è avvenuto con report trimestrale per CdC alla direzione strategica. Nel corso del 2020 sono stati introdotti 14 nuovi dispositivi medici. Sono inoltre pervenute n.6 segnalazioni di mancati incidenti, incidenti e reclami relativamente a dispositivi medici.</p>

<p>S5.2 Monitoraggio Procedura Readback</p>	<p>Nel 2020 è stato eseguito monitoraggio in collaborazione con la SC Patologia clinica con i seguenti risultati: le comunicazioni tra dirigenti del laboratorio e dirigenti e/o personale del comparto dei reparti sono molteplici tutti i giorni e vengono effettuate secondo procedura. Durante il monitoraggio si è constatato che 1) in molti casi più critici l'infermiere spesso passa direttamente il medico di reparto 2) la risoluzione della questione è in genere immediata 3) si registra una collaborazione positiva e soddisfacente per entrambe le parti 4) migliorato notevolmente anche l'aspetto privacy.</p>
--	--

IMPARARE DALL'ESPERIENZA:GESTIONE SINISTRI (IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

I 1 Organizzazione Gestione sinistri	Con delibera n.65 del 22 gennaio 2015 è stato istituito il Comitato gestione sinistri del Levante Ligure, composto secondo le indicazioni della delibera n. 101 del 31.1.2014 della giunta regionale della Liguria
I 2 C.G.S. (Comitato di Gestione Sinistri)	Il Referente aziendale del rischio clinico nel 2020 ha partecipato agli incontri interaziendali (ASL4-5) del comitato Gestione Sinistri, compatibilmente con le esigenze di risk management legate all'emergenza sanitaria, come evidenziabile dai verbali
I 3 Report Sinistri	Il report sinistri viene elaborato a cura della S.C. Affari Generali e legali.
I 4 Attività	E' proseguito il supporto documentale, tratto dal dossier "Stop Infezioni" coordinato dal Risk Management, per le relazioni dei periti di parte nei sinistri aperti su infezioni correlate all'assistenza.

La Spezia, 7 aprile 2020



dr.ssa Micaela La Regina
Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico

RELAZIONE DI ATTIVITA'
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE
ANNO 2021

Sommario

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE.....	2
COMUNICAZIONE.....	4
FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'.....	5
SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE.....	7
IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI.....	13

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

Attività organizzative di coordinamento, attuazione, supervisione e valutazione della gestione del rischio clinico a livello aziendale.

<p>G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)</p>	<p>L'Unità di Gestione del Rischio dell'ASL 5 è stata istituita con delibera del DG n. 881 del 11/10/2006. La delibera n. 1154 del 28/11/2008 modificava parzialmente la composizione dei membri e nominava un nuovo referente aziendale. La delibera n. 314 del 20/4/2010 conferiva al referente l'incarico di Responsabile della SS Risk Management, inserita all'interno dello staff nella SC Clinical Governance. Tale incarico veniva rinnovato con delibera 135 del 20/2/2014 e la S.S. veniva inserita nella S.C Governo Clinico, Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione. Con la del. 395 del 14 maggio 2015 invece veniva ulteriormente modificata la composizione dei membri dell'Unità di Gestione del Rischio (UGR), prevedendo come invitati permanenti i Direttori di Dipartimento e un Rappresentante delle Associazioni di tutela dei cittadini. Il 28/12/2015 un secondo Dirigente Medico veniva assegnato alla Struttura Risk Management, con ingresso in servizio dopo congedo di maternità il 19 settembre 2016 (delibera. n. 321 14/4/2016). Nel 2017 è stato inserito nell'UGR anche un rappresentante dei MMG e nel 2018 è stato aggiornato l'elenco dei referenti del rischio clinico. Al 31/12/2018 il Responsabile della SS Risk Management è andato in quiescenza e il dirigente medico assegnato nel 2016 è stato indicato come referente aziendale e membro della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, la cui nuova composizione è stata notificata con D.G.R. 12/04/2019.</p> <p>Da dicembre 2020 a dicembre 2021 è stata assegnato al Risk Management un secondo dirigente medico con lettera Prot.110/DS del 9/12/2020.</p> <p>Declinazione del Rischio Clinico in ASL 5</p> <p>La Direzione Aziendale detta le politiche generali necessarie a garantire adeguati livelli di sicurezza, in base alle indicazioni nazionali e regionali.</p> <p>La Direzione Sanitaria, in collaborazione con i Dipartimenti, crea l'ambiente favorevole alla cultura della sicurezza e definisce priorità e risorse necessarie. Il Risk Manager, interagendo con la Direzione Aziendale, prepara il piano organizzativo per la sicurezza e coordina tutte le competenze aziendali dell'Unità di Gestione del Rischio, al fine di identificare e presidiare i punti critici dei processi assistenziali. Tutti gli Operatori, sia della Dirigenza che del Comparto, sono responsabili dell'adozione delle misure di prevenzione del rischio, indicate dall'UGR, nonché della segnalazione degli errori e delle situazioni critiche. Obiettivo del Risk Management Aziendale è sensibilizzare tutti i dipendenti ad acquisire maggiore consapevolezza della politica di gestione degli errori, supportandoli con la formazione e l'adozione di strumenti snelli ed ergonomici (lean organization).</p> <p>Il modello organizzativo della gestione del rischio è articolato in quattro momenti: identificazione dei rischi, analisi dei rischi tramite strumenti dedicati, azioni di miglioramento e follow-up. La logica "NO BLAME" e la natura non sanzionatoria del Risk Management favoriscono l'emersione degli errori e dei quasi errori, rendendoli un'opportunità di insegnamento e miglioramento per tutti.</p>
<p>G2 Gruppo Operativo UGR</p> <p>G2.1 N° incontri gruppo operativo UGR nel 2021</p> <p>G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza</p>	<p>Il Gruppo Operativo UGR è stato istituito con delibera n. 959 del 10 novembre 2016.</p> <p>L'UGR si è riunita in plenaria una volta nel 2021 (9 giugno 2021); il gruppo operativo UGR ha lavorato ai singoli progetti a piccoli gruppi in presenza, videoconferenza o via email, collaborando in particolare alla stesura del documento Carmina. I componenti del Gruppo operativo partecipano anche alla formazione interattiva riservata ai Referenti del rischio clinico delle Strutture ospedaliere e territoriali.</p> <p>I Referenti del rischio clinico non sono stati riuniti in seduta plenaria durante il 2021, ma sono stati incontrati più volte nell'ambito dei gruppi di lavoro finalizzati ai progetti e degli audit clinici. La strategia di comunicazione costante con la rete dei referenti è basata sulla piattaforma Intranet e la posta elettronica.</p>

<p>G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico</p>	<p>Gli obiettivi in materia di gestione del rischio clinico del 2021 sono stati esplicitati nella riunione plenaria dell'UGR il 9 giugno 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supporto nella gestione della campagna vaccinale anti-covid-19 - Coordinamento dell'elaborazione del piano pandemico aziendale - Organizzazione delle attività per la giornata mondiale della sicurezza delle cure: completamento implementazione raccomandazioni ministeriali nel dipartimento materno-infantile (e pubblicazione manuale della sicurezza madre-neonato).
<p>G4 Eventi avversi / quasi eventi</p> <p>G4.1 Incident reporting (IR): G4.1.1 segnalazione G4.1.2 analisi e gestione G4.1.3 misurazione IR</p>	<p>Nel 2021 sono stati ricevuti 47 Incident Reporting relativi a eventi avversi/nearmiss nell'ambito delle seguenti procedure: Procedure cliniche 24 Procedura comunicazione assistenziale 8 Procedura identificazione/trasfusionale 5 Procedure organizzative 5 Procedura trasporti 4 Dispositivi 1</p> <p>Per la gestione di tali eventi sono state eseguite le seguenti azioni di miglioramento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborazione e diffusione Procedura accessi in PS e ricoveri ordinari ospedale covid free e sue periodiche revisioni 2. Elaborazione e diffusione Procedura accessi in PS e ricoveri ordinari ospedale Covid 3. Variazione volumi delle sacche con confezioni simili disponibili in farmacia ospedaliera 4. Elaborazione e diffusione Procedura sedute vaccinali (vaccini non per Covid-19) 5. Elaborazione, diffusione e aggiornamento raccomandazioni per la vaccinazione anticovid-19 6. Aggiornamento schede anamnestiche vaccinali anti-Covid-19 7. Elaborazione e diffusione criteri di fine isolamento Covid-19 8. Aggiornamento scheda triage covid19 9. Aggiornamento continuo su vaccinazione e vaccini anti-covid19 via mail e chat whatsapp 10. Refreshing procedura identificazione corretta del paziente e su modalità visualizzazione lista pazienti di reparto in reparti target 11. Revisione organizzazione personale infermieristico in Pediatria 12. Procedura assistenza in emergenza-urgenza soggetti età 0-14 anni 13. Diffusione raccomandazioni su rientri da estero in epoca covid19 14. Protocollo Sorveglianza e Gestione del paziente sospetto o colonizzato da Candida Auris <p>Segnalazione Aggressioni si è registrato un decremento del 50% delle segnalazioni; gli episodi segnalati sono stati 34, così distribuiti: Dipartimento medico 8, DEA 8, dip materno-infantile 7, dip. Salute mentale 6, dip. Chirurgico 2, dip. Cure primarie 1, dip. Servizi 1, Staff 1. L'aggressione è stata prevalentemente verbale (gesti violenti e spinte solo in 7 casi) e si è verificata a carico di un infermiere nel 50% dei casi, di un medico nel 20%, di un infermiere e di un medico nel 20% e di altri operatori nel 10% dei casi; denuncia di infortunio in un solo caso. L'aggressore è stato più frequentemente un parente/caregiver.</p>
<p>G4.2 Misurazione cadute</p>	<p>Monitoraggio Eventi Avversi</p> <p>Cadute: viene eseguita valutazione periodica del numero delle cadute (tasso per 1000 giorni di degenza). Il monitoraggio annuale 2021 ha evidenziato un tasso pari a 1.93/1000 giornate di degenza. Il tasso delle cadute con danno medio-grave è risultato pari a 0,13 (-30% circa).</p>

<p>G4.3 Misurazione Lesioni da Pressione (LDP)</p> <p>G4.4 Segnalazione microrganismi Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)</p> <p>G4.5 Altre misurazioni</p>	<p>Lesioni da pressione: nel 2021 il monitoraggio (cartaceo) è stato eseguito in terapia intensiva e nel dipartimento medico.</p> <p>Dati CIO 2021: l'attività di monitoraggio si è concentrata sui casi di infezione da SARS-CoV2 e casi di infezione/contaminazione da Candida Auris.</p> <p>Allontanamenti spontanei: nel 2021 si è registrato un calo di quasi il 50%, con soli 5 pazienti che si sono allontanati dal reparto di degenza.</p>
<p>G5 Eventi sentinella</p> <p>G5.1 Misurazione eventi sentinella</p>	<p>Nel 2021 non sono stati registrati eventi sentinella.</p>
<p>G6 Gestione sinistri</p> <p>G6.1. Misurazione sinistri</p>	<p>Debito informativo assolto dal gruppo regionale</p>
<p>G7. Programmi strutturati di benchmarking</p>	<p>L'azienda attua programmi strutturati di confronto al proprio interno mediante certificazione aziendale da parte di ente terzo a livello del dipartimento dei servizi (SS.CC. Radiologia, Medicina nucleare, Patologia clinica, Immunoematologia e servizio trasfusionale, SSD Neuroradiologia e SSD Laboratorio specialistico di tossicologia) e del dipartimento oncologico (SC Fisica sanitaria, SC Anatomia Patologica e SC Radioterapia).</p>

COMUNICAZIONE

Modalità di comunicazione all'interno dell'azienda, verso altre aziende verso le istituzioni regionali e nazionali

<p>C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle</p>	<p>Il sistema di comunicazione interno in materia di rischio clinico è rappresentato da una pagina dedicata di Intranet e</p>
--	---

<p>informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente</p>	<p>dalla mail aziendale.</p> <p>Nel 2017 è stata iniziata la pubblicazione sull'Homepage Intranet di comunicati periodici del Risk Management (generalmente lezioni apprese da eventi avversi analizzati).</p> <p>Per quanto riguarda la comunicazione esterna, l'Azienda ha esplicitato le metodologie di informazione in materia di rischio clinico per cittadini e pazienti in un documento pubblicato sul sito ASL. L'informazione avviene prevalentemente attraverso il sito internet, nonché mediante la produzione di poster e brochure dedicate nei reparti e servizi (es. rischio di infezioni correlate all'assistenza, rischio di errori di identificazione, rischio cadute in ospedale). Il rappresentante nell'UGR dei cittadini/pazienti ha partecipato assiduamente alle riunioni plenarie, portando contributi interessanti, corredati da note esplicative, inserite nei verbali.</p> <p>Durante la campagna vaccinale anti-covid19 il Risk Management ha pubblicato contenuti utili per la sicurezza del paziente sia sulla pagina dedicata che fra le News in primo piano (es. Decalogo del vaccinando)</p>
<p>C2 Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni</p>	<p>Tutti gli aggiornamenti sono prontamente pubblicati su intranet e inviati via email ai referenti del rischio, presenti in ogni reparto/dipartimento.</p> <p>Contenuti particolari vengono diffusi con incontri ad hoc rivolti a singoli reparti o gruppi di reparti, come è avvenuto nel 2021 per i contenuti della campagna vaccinale anti-Covid19.</p>
<p>C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo</p>	<p>La diffusione di procedure/protocolli/istruzioni operative approvate, buone pratiche, campagne di sensibilizzazione e decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo avviene via email, inviate dal RM ai referenti del rischio clinico e/o ai componenti dei vari gruppi di lavoro e/o a tutti gli operatori, a seconda della rilevanza dell'argomento in termini di rischio. L'Azienda verifica l'efficacia della comunicazione adottata rispetto a procedure, protocolli e istruzioni operative per alcuni aspetti annualmente, per altri ogni 2-3 anni (es. annualmente, lavaggio delle mani, cadute; ogni 2-3 anni armadio farmaci, check-list carrelli emergenza).</p>
<p>C4 Debito informativo aziendale</p>	<p>Assolto secondo le modalità e le scadenze previste (flusso regionale Eventi avversi e flusso nazionale monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali).</p>
<p>C5 Valutazione dell'informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico</p>	<p>Nel corso del 2021 non era prevista una valutazione dell'informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico.</p>
<p>C6 Valutazione cultura della sicurezza e risultati positivi (elogi/encomi/ringraziamenti)</p>	<p>La valutazione della cultura della sicurezza viene eseguita ogni 3 anni; l'ultima valutazione insieme a quella del benessere organizzativo e della missed care è stata eseguita nel 2019.</p> <p>Durante il 2021, sono stati ricevuti 3 ringraziamenti/elogi</p>

sulla stampa locale, 2 via email, 4 via social, ma numerosi ringraziamenti/elogi/encomi sono pervenuti direttamente nei reparti di degenza e negli hub vaccinali. E' in corso di implementazione una raccolta di tali ringraziamenti a cura dei referenti del rischio clinico.

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'

Attività di formazione e valutazione svolte a livello aziendale e interaziendale

<p>F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale 2021</p>	<p>Il piano formativo aziendale prevede ogni anno un progetto formativo in materia di rischio clinico in linea con i fabbisogni locali e le linee di indirizzo regionali.</p> <p>Nel 2021 sono stati erogati i seguenti corsi ECM inerenti la gestione del rischio clinico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bls-d blended 2021 (crediti ecm 5,8): 445 formati in 41 edizioni - bls-d pediatrico 2021 (crediti ecm 13): 12 formati, 1 edizione - fad dispositivi di protezione individuale 2021 (crediti ecm 4): formati 785 - fad neoassunto 2021 (crediti ecm 4): formati 88 - corso avanzato ossigenoterapia ad alti flussi aspetti nutrizionali del paziente con covid 19 (crediti ecm 17,4): formati 69 - corso competenze ostetriche in ambito neonatale (crediti ecm 26,3): formati 10 - corso fad emergenze endoscopiche (crediti ecm 6): formati 274 - corso fad infezione da sars-cov2- focus sull'insufficienza respiratoria (crediti ecm 4): formati 499 <p>Corso non ECM sulla somministrazione dei vaccini anti-Covid19, destinato agli operatori delle equipe vaccinali, formati 665 discenti in 35 edizioni.</p>
<p>F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali</p>	<p>La valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure basate sulle raccomandazioni ministeriali avviene attraverso gli Audit interni effettuati dalla SS Qualità e accreditamento, l'analisi degli incident reporting, dei sinistri e dei reclami, il controllo diretto dei referenti del rischio clinico, la revisione delle cartelle cliniche e le visite alle strutture.</p> <p>Nel 2021 sono stati effettuati audit su 11 Strutture/ Articolazioni organizzative aziendali.</p>
<p>F3 Promozione dell'igiene delle mani</p>	<p>La promozione dell'igiene delle mani avviene in maniera costante tramite:</p> <p>1.tabelle riassuntive riguardanti le tecniche di lavaggio nelle zone in cui è praticata l'igiene delle mani (es. in prossimità dei lavandini delle medicherie, in prossimità dei dispenser ecc...)</p>

	<p>2. disposizione di dispenser contenenti la soluzione idro-alcolica in prossimità delle zone in cui è erogata l'assistenza (punti di cura).</p> <p>Nel 2021 la promozione dell'igiene delle mani è stata intensificata attraverso disposizioni della direzione, della medicina preventiva, del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO).</p>
F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza	L'introduzione di nuove tecniche e nuovi dispositivi di sicurezza avviene generalmente mediante incontri ad hoc con il personale.
F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta	<p>La valutazione del rischio di caduta viene effettuata per i degenti mediante scala di Conley, inserita in tutte le cartelle cliniche. In ambito psichiatrico viene invece utilizzata la scala Ipfrat.</p> <p>La prevenzione delle cadute è eseguita mediante l'educazione diretta del paziente e del caregiver, un'informativa (poster Cadute distribuito a tutte le SC/SSD) e la promozione di un ambiente sicuro (es. letti ad altezza regolabile con spondine e fermo, segnalazione pavimento bagnato, ecc). Inoltre dal 2018 vengono effettuati annualmente i cosiddetti "Giri per le cadute", a cura di un gruppo multi-professionale (SS Risk management, SS professioni sanitarie, SC Gestione Tecnica e rappresentante dei cittadini in UGR) al fine di verificare l'applicazione delle misure di prevenzione delle cadute.</p>
F6 BLSD e PBLSD	L'Azienda richiede agli operatori il corso BLSD/PBLS ogni 2-3 anni/operatore. Nel 2021 sono state eseguite 41 edizioni del corso BLSD (formati 445 discenti) e 1 edizione del corso PBLSD (formati 10 discenti).
F7 Definizione profilo di competenza e sua valutazione	<p>L'azienda ha esplicitato la spiegazione delle varie posizioni funzionali definendo le caratteristiche degli incarichi e delle connesse responsabilità, sia per gli incarichi professionali (incarico di altra professionalità) che gestionali (struttura semplice; coordinatori e posizioni organizzative). Doveri e responsabilità sono contenuti nei contratti e nei codici di comportamento. L'assegnazione dei compiti clinico assistenziali è a carico dei direttori di Struttura complessa. Non esiste tuttavia una chiara job description, con l'eccezione delle strutture certificate. In queste strutture la valutazione delle competenze viene effettuata su apposita scheda tutte le volte che è ritenuto necessario (esempio: nuovi ingressi/nuove mansioni, introduzione di nuove metodiche diagnostiche o di nuove apparecchiature).</p> <p>Nel 2021 è stata effettuata valutazione delle performance individuali attraverso una scheda di valutazione sulle competenze organizzative e sui comportamenti e valutazione degli obiettivi individuali per i titolari di incarico, i coordinatori e le posizioni organizzative.</p> <p>Dal 2017 la SS Risk Management ha aderito al gruppo di lavoro regionale per la definizione dei profili di competenza.</p>
F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver	Tale processo è effettuato in maniera autonoma e non standardizzata dalle diverse SS.CC./SSD.

SICUREZZA DEL PAZIENTE
APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI
E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE

Contestualizzazione delle raccomandazioni ministeriali attraverso l'elaborazione di procedure aziendali e sviluppo di "Buone pratiche"

S1 Applicazione Raccomandazioni Ministero della Salute		
S1.1 Raccomandazione 1 – Mar. 2008 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.2 Raccomandazione 2 – Mar. 2008 Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico sito chirurgico	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.3 Raccomandazione 3 – Mar. 2008 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e dell'applicazione della checklist di sala	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.4. Raccomandazione 4 – Mar. 2008 Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
S1.5 Raccomandazione 5 – Mar. 2008 Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.6 Raccomandazione 6 – Mar. 2008 Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

(La checklist è utilizzata in tutte le sale operatorie ASL)

S1.7 Raccomandazione 7 – Mar. 2008 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.8 Raccomandazione 8 – Nov. 2007 Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.9 Raccomandazione 9 – Apr. 2008 Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.10 Raccomandazione 10 – Sett. 2009 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
S1.11 Raccomandazione 11 – Genn. 2010 Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.12 Raccomandazione 12 – Ago. 2010 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike"	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.13 Raccomandazione 13 – Nov. 2011 Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

S1.14 Raccomandazione 14 – Ott. 2012 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.15 Raccomandazione 15 – Febb. 2013 Morte o grave danno conseguente a non corretta operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso attribuzione del codice triage nella Centrale	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.16 Raccomandazione 16 – Apr. 2014 Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale (pubblicata raccomandazione)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
S1.17 Raccomandazione 17 – Dic. 2014 Riconciliazione della terapia farmacologica	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
S1.18 Raccomandazione 18 – Sett. 2018 Prevenzione degli errori di terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.19 Raccomandazione 19 – Ott. 2019 Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

S.2 Sviluppo Buone Pratiche	
S2.1 Audit Clinici accreditati ECM	Nel 2021 sono stati effettuati 6 audit su eventi significativi.
S2.2. Sicurezza/Accuratezza	L'Azienda utilizza uno strumento integrato ed unitario per la documentazione sanitaria rappresentato dalla cartella clinica organizzata per sezioni e

<p>nella compilazione documentale</p>	<p>standardizzata su tutte le degenze. Tale documento include campi definiti per le allergie e il foglio unico di terapia (STU). La cartella clinica informatizzata è in uso nelle SS.CC. Medicina Interna 1, Oncologia, Medicina d'urgenza e Malattie Infettive. La richiesta di consulenze è informatizzata su tutta l'Azienda.</p> <p>A partire da Ottobre 2019, è stato introdotto in tutti i reparti un software per la compilazione di anamnesi/esame obiettivo/ricognizione-riconciliazione/lettera di dimissione.</p>
<p>S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica</p> <p>S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia</p> <p>S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria</p> <p>S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili e Consensi Informati al trattamento Sanitario</p>	<p>Annualmente la DMPO esegue un controllo a campione sulla documentazione sanitaria; periodicamente il controllo di gestione monitorizza l'utilizzo delle consulenze informatizzate.</p> <p>Tutte le SS.CC./SSD di degenza sono dotate di Scheda Terapeutica Unica cartacea, definita anche Universale, in quanto uguale in tutte le strutture, dal 2018. La scheda terapeutica informatizzata è disponibile solo nelle SS.CC. dotate di cartella elettronica.</p> <p>Controlli a campione sulla STU vengono eseguiti nel corso degli audit interni e ad opera della DMPO in collaborazione con le Professioni sanitarie e con il Risk Management</p> <p>La checklist di sala operatoria è attiva su tutti i blocchi operatori e per tutte le discipline. La DMPO esegue controlli a campione sulle cartelle cliniche relativamente a check-list di sala operatoria e consenso a intervento chirurgico.</p> <p>La DMPO esegue annualmente controlli a campione anche dei consensi al trattamento dei dati sensibili e dei consensi informati al trattamento sanitario.</p>
<p>S2.3. Corretta identificazione del paziente</p>	<p>Tutte le SC/SSD di degenza e la SC Medicina Nucleare sono dotate di braccialetto identificativo.</p>
<p>S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza</p>	<p>Nel 2021 le attività di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sono state focalizzate prevalentemente sulla prevenzione delle infezioni nosocomiali da SARS-Cov2 e Candida Auris.</p> <p>In particolare sono state elaborate/aggiornate e diffuse istruzioni operative/procedure/checklist nei vari setting e percorsi.</p>
<p>S2.5. Igiene delle mani</p>	<p>Per la promozione dell'igiene delle mani vedi F3. L'adesione al lavaggio delle mani viene monitorato nelle strutture di degenza attraverso la misurazione del consumo di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza. Nel 2021 il monitoraggio ha mostrato un consumo totale adeguato agli standard richiesti.</p>
<p>S2.6. Prevenzione e gestione cadute</p>	<p>Nel 2021 è proseguita l'applicazione delle attività degli anni precedenti (vedi F5).</p>
<p>S2.7. Prevenzione della contenzione fisica</p>	<p>La prevenzione della contenzione fisica si basa sull'utilizzo di una scheda che presenta criteri molto restrittivi e sulla prevenzione del delirium.</p>

S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)	Il protocollo per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressioni è stato sviluppato in area medica e in terapia intensiva e include indicazioni per identificare i soggetti a rischio di contrarre lesioni da pressione (I.d.p.), prevenire l'insorgenza di lesioni da pressione nei soggetti a rischio, uniformare l'attività infermieristica relativa alla prevenzione delle lesioni da pressione
S2.9 Gestione del dolore	La gestione del dolore si basa su linee guida aziendali pubblicate su intranet. La scheda terapeutica unica universale contiene uno spazio dedicato per la terapia postoperatoria, fra cui quella analgesica. L'adesione al monitoraggio del dolore viene verificata con la revisione delle cartelle cliniche effettuata a campione dalla DMPO.
S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali	L'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali avviene ad opera di gruppi di lavoro multidisciplinari in risposta ad esigenze locali o indirizzi regionali o nazionali. I PDTA vengono redatti secondo un format aziendale disponibile presso la SS Qualità e Accreditamento e revisionati anche dal Risk Management per gli aspetti di pertinenza. Nel 2021 è stato elaborato il PDTA Ictus e sono stati pubblicati su intranet i PDTA urgenze biliari e urgenze non biliari.
S2.11 Percorso nascita	Il percorso nascita viene monitorizzato annualmente con i seguenti indicatori: numero parti - numero prime visite presso i consultori - numero prime visite presso i consultori entro il terzo mese di gravidanza - numero parti in analgesia - percentuale di donne che allattano al seno - partecipazione corsi parto - presenza di questionario di qualità percepita alla dimissione - apertura di nuovi ambulatori. Nel 2021 sono stati rilevati i seguenti indicatori: - parti totali: 796, di cui 221 tagli cesarei - allattamento materno esclusivo : 481 neonati; misto: 138; artificiale: 16 - prime visite consultorio: 130 a La Spezia e 82 a Sarzana - corsi di accompagnamento alla nascita: 10 incontri al consultorio di La Spezia e 7 incontri al Consultorio Sarzana.
S2.12 Buone pratiche AGENAS	In corso di inserimento.
S2.13 Controlli carrelli di emergenza	I controlli dei carrelli di emergenza avvengono durante gli audit interni della SS Qualità e Accreditamento.
S4.3 Monitoraggio percorso farmaci	Il percorso aziendale dei medicinali è informatizzato dal loro arrivo in azienda, a seguito di un ordine amministrativo, alla richiesta e fino alla consegna al paziente o al reparto. Dal 2019, il percorso, è stato implementato con la tracciatura relativa al numero di confezione per tutte le erogazioni effettuate al paziente, per la successiva assunzione al domicilio, ed anche per le erogazioni ospedaliere che avvengono tramite il magazzino centrale di Vincinella. Nel 2021 sono state aggiornate tutte le procedure della SC Farmacia e pubblicate su intranet.
S4.6 Monitoraggio Percorso Alimenti	Nel corso del 2021 sono stati effettuati negli Stabilimenti del Presidio Ospedaliero n° 20 campionamenti, di cui n° 12 presso l'Ospedale della Spezia (1 di questi presso la mensa), n° 8 presso l'Ospedale di Sarzana (1 di questi presso la mensa), con il prelievo di n° 81 campioni di alimenti ed effettuazione di n° 84 prelievi ambientali. Non è stata rilevata la presenza di microrganismi patogeni o indicatori, né negli alimenti né sulle superfici.
S4.7 Monitoraggio Percorso Sterilizzazione	Nella centrale di sterilizzazione aziendale sono presenti 3 autoclavi da 8 unità e una sterilizzatrice al plasma. Attività svolta nel 2021: totale cicli autoclavi dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021 = 7040 totale kit processati dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021 = 14.854

	<p>totale buste vapore (b.s.-b.d.) processate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021 = 87.632</p> <p>totale buste gas plasma (b.s.-b.d.) processate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021 = 5.836</p> <p>Nel corso del 2021 non sono state rilevate difformità da quanto previsto.</p>
<p>S4.8 Monitoraggio Trasporti intraospedalieri</p>	<p>I trasporti intraospedalieri si distinguono in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trasporti programmati: da eseguirsi nel rispetto degli orari indicati nelle richieste trasmesse dalle SS.CC./SSD e nel caso di richieste particolari non oltre 20 minuti dalla richiesta; - trasporti di rientro del paziente in reparto dopo esecuzione dell'accertamento/consulenza: da eseguirsi entro e non oltre 20 minuti dalla richiesta del servizio interessato. <p>Il Direttore Medico, i Dirigenti Medici e il Personale della DMPO, in un rapporto di collaborazione fattivo e quotidiano con i referenti, monitorano il mantenimento dello standard qualitativo e quantitativo richiesto, in termini di organizzazione del servizio, gestione del personale dedicato, mezzi e attrezzature impiegate, rapporti con le strutture ospedaliere.</p> <p>La DMPO acquisisce inoltre le segnalazioni di reclamo, di insoddisfazione, di anomalie di comportamento in forma scritta e orale da parte dell'utenza e del personale dei reparti richiedendo chiarimenti per iscritto ai Referenti al fine di attuare con gli stessi i necessari interventi correttivi.</p> <p>Per fronteggiare la pandemia dovuta alla diffusione del virus Sars Cov 2, nel corso del 2021 è stata prevista nel caso di richiesta di trasporto di pazienti positivi al Covid o sospetti, la predisposizione "on demand" di trasporto Covid, con l'utilizzo di adeguate precauzioni e successive modalità di sanificazione.</p> <p>Nell'anno 2021 non risultano pervenute segnalazioni relative ad episodi degni di nota.</p>
<p>S4.10 Gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi*, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali**).</p>	<p>Le attività svolte dal Servizio antincendi sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività di verifica tecnica inerente a sopralluoghi tecnici di prevenzione incendi, programmati e effettuati in strutture ospedaliere e non ospedaliere dell'ASL5 - attività formative/informative/addestrative inerenti a esercitazioni antiincendio con prova di evacuazione con soccorso a persona, programmate ed effettuate in strutture ospedaliere e non ospedaliere dell'ASL5 - attività formativa inerente a corsi sulla sicurezza antiincendio-comportamenti da adottare in situazioni emergenziali, gestione del panico in emergenza, dedicati a tutti gli studenti (primo-secondo-terzo anno) del polo universitario del corso di laurea in infermieristica Polo universitario di via del canaletto 165, La Spezia. <p>Sono già state affidate le attività relative alle esercitazioni antiincendio e ai corsi di aggiornamento per gli anni 2022 e 2023.</p>
<p>S4.12 Monitoraggio procedure richiamo farmaci e dispositivi</p>	<p>La S.C. Farmacia riceve, per posta certificata, da ALISA (o direttamente dalla Ditta fornitrice) la comunicazione di revoca/ritiro di un farmaco/dispositivo. Il ritiro viene diffuso ai vari livelli aziendali ed extraaziendali interessati e pubblicato su sito intranet aziendale in una apposita sezione.</p> <p>Nel 2021 sono state gestite 115 revoche/ritiri di farmaci, 15 note informative importanti AIFA/EMA e 319 Adverse Drug Reaction nell'ambito della farmacovigilanza.</p>
<p>S4.2 Monitoraggio non conformità che emergono dai piani di manutenzione ordinaria/ straordinaria per strutture, impianti,</p>	<p>1) La rilevazione di criticità/non conformità avviene da parte della Struttura interessata (utilizzatore dell'apparecchiatura), ovvero da parte dell'Ingegneria Clinica anche attraverso la società affidataria della manutenzione del bene oggetto di verifica. L'ingegneria Clinica, confrontandosi con l'utilizzatore, valuta l'eventuale necessità di fermo macchina dell'apparecchiatura e /o attrezzatura in attesa di esecuzione intervento tecnico per la rimozione della non conformità da parte del soggetto incaricato ed attivato mediante compilazione</p>

<p>apparecchiature</p>	<p>apposita modulistica e/o SW gestionale Ingegneria Clinica.</p> <p>2) Le ditte manutentrici intervengono sull'apparecchiatura e in caso di conformità, concluso l'intervento, svolgono le verifiche di sicurezza elettrica e compilano il rapporto di lavoro, firmato per presa visione dal Responsabile della S.C. interessata, cui viene rilasciata una copia. Al termine delle attività, le ditte manutentrici aggiornano i sistemi di gestione informatici. Eventuali dettagli tecnici e storie manutentive dei beni, tipologie e frequenza dei guasti, sono estraibili dai database succitati.</p> <p>3) In caso di non conformità, quali ad esempio quelle dovute ad elementi riguardanti la indisponibilità di pezzi di ricambio, obsolescenza con gravi carenze di sicurezza per il paziente e l'operatore non risolvibili con un intervento ordinario oppure danno irreparabile, ovvero per valutata opportunità di aggiornamento tecnologico a beneficio dell'utenza oltreché dell'attività di reparto, l'Ingegneria Clinica dispone il fuori uso dell'attrezzatura, a seguito di confronto con l'utilizzatore. La Struttura interessata, sottopone all'Ingegneria clinica, se del caso, istanza di sostituzione del bene fuori uso mediante apposita modulistica secondo la procedura aziendale. L'Ingegneria Clinica valuta il fabbisogno e lo sottopone alla Direzione Strategica.</p>
<p>S 4.4 Monitoraggio percorso dispositivi medici (da introduzione a utilizzo)</p>	<p>Nel corso del 2019 si è rivisto il percorso di valutazione e gestione delle richieste di dispositivi medici. Nello specifico è stata introdotta con deliberazione n.238 del 3 aprile 2019 una specifica commissione per l'appropriatezza dei dispositivi medici. Il monitoraggio relativamente agli aspetti di consumo è avvenuto con report trimestrale per CdC alla direzione strategica. Nel corso del 2021 sono state gestite 15 Pratiche introduzioni dispositivi medici, 132 procedure di richiamo/avvisi di sicurezza dispositivi medici, 2 segnalazioni mancati incidenti, incidenti e reclami dispositivi medici.</p>
<p>S5.2 Monitoraggio Procedura Readback</p>	<p>Nel 2021 non ci sono state segnalazioni di eventi avversi/near miss dovuti a mancato rispetto della procedura readback.</p>

IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI
(IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

I1 Organizzazione Gestione sinistri	Con delibera n.65 del 22 gennaio 2015 è stato istituito il Comitato gestione sinistri del Levante Ligure, composto secondo le indicazioni della delibera n. 101 del 31.1.2014 della giunta regionale della Liguria
I2 C.G.S. (Comitato di Gestione Sinistri)	Il Referente aziendale del rischio clinico nel 2021 ha partecipato agli incontri interaziendali (ASL4-5) del comitato Gestione Sinistri, compatibilmente con le esigenze di risk management legate all'emergenza sanitaria, come evidenziabile dai verbali
I3 Report Sinistri	Il report sinistri viene elaborato a cura della S.C. Affari Generali e legali.
I4 Attività	E' proseguito il supporto documentale, tratto dal dossier "Stop Infezioni" coordinato dal Risk Management, per le relazioni dei periti di parte nei sinistri aperti su infezioni correlate all'assistenza.

La Spezia, 30 aprile 2022



dr.ssa Micaela La Regina
Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico