



Via Fazio, 30 – La Spezia

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Oggetto: Approvazione Relazione annuale attività di gestione del rischio clinico 2024 e del Piano Aziendale Rischio clinico 2025-2026			
(solo se presenti) CIG		CUP	
Struttura proponente: S.C. Governo Clinico e Risk Management			
S.S.D.:			
Dirigente proponente: Micaela La Regina			
Responsabile del procedimento: Micaela La Regina			
Estensore del Provvedimento: Corinne Albano			
Responsabile Unico del Progetto:			
Direttore Esecuzione Contratto/Responsabile del contratto:			
Importo di spesa 6.000€	Anno 2025 3.000€	Anno 2026 3.000€	
Importo di entrata	Anno	Anno	Anno
Direttore SC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie: Dott. Luca RICCIARDI			
Previsto nel bilancio di previsione anno 2025		3.000.00	
Da prevedere nel bilancio di previsione anno 2026		3.000,00	
Stato patrimoniale anni			
Nr. Conto di bilancio		Autorizzazione spesa nr.	
141010010 – 141005010 – 125010020 - 125010005 010045005		2025/13	
Comporta costi	SI		
Allegati: Allegato 1 – Relazione annuale attività di gestione del rischio clinico 2024 e Piano aziendale Rischio Clinico 2025-2026			
Da trasmettere a:			
per competenza:			
per conoscenza:			

OGGETTO: Approvazione Relazione annuale attività di gestione del rischio clinico 2024 e del Piano Aziendale Rischio clinico 2025-2026.

IL DIRETTORE S.C. GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT

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";

VISTE:

- la L.R. Liguria n. 41/2006 e smi "Riordino del Servizio Sanitario Regionale";
- la L.R. Liguria n. 17/2016 e smi "Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria A.Li.Sa. e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria";
- la L.R. Liguria n. 27/2016 a smi "Modifiche alla L.R. 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e alla L.R. 29 luglio 2016 n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria A.Li.Sa. e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria)";
- la L.R. Liguria n. 7/2025 "Riforma dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) di cui alla legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria), modifica della denominazione in "Liguria Salute" e altre disposizioni di riordino in materia sanitaria";

VISTO l'Atto di Autonomia Aziendale approvato con deliberazione n. 167 dell'8/03/2019;

VISTO l'art.2 comma 5 della legge n. 24 del 08/03/2017 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 del Consiglio Regionale Assemblea Legislativa della Liguria 21-22/11/2023 n. 19 "Piano socio sanitario regionale 2023-2025" che fornisce indirizzi per le attività di gestione del Rischio Clinico per il triennio 2023-2025;

VERIFICATO che nell'ambito della riunione plenaria della Unità di Gestione del Rischio Aziendale del 17 giugno 2025 è stata presentata la relazione annuale sulle attività di gestione del rischio e, di conseguenza, definito il Piano Aziendale del Rischio Clinico per il 2025-26, integrato con il piano aziendale del rischio infettivo e dell'igiene mani, quale strumento efficace per il raggiungimento degli obiettivi prioritari in tema di sicurezza delle cure;

PRESO ATTO che, i contenuti dell'operato del 2024 e le azioni programmate per il 2025-26 sono descritte nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

PRESO ATTO che lo Standard 1.2 dello strumento di autovalutazione "CARMINA", adottato dal Sistema Sanitario Regionale ai sensi della D.G.R. n.161/2016, prevede che l'organizzazione

disponga di un piano per definire le risorse (umane e strumentali) per il raggiungimento degli standard di sicurezza e che la deliberazione DG ASL5 n. 871 del 29/09/2022 “Riorganizzazione Sistema Aziendale di Gestione del Rischio Clinico e aggiornamento nomine referenti aziendali del Rischio Clinico e composizione Unità di Gestione del Rischio” prevede a tale scopo la costituzione e il mantenimento di una rete di Referenti e l’assegnazione di un budget annuale pari ad € 3.000 per la realizzazione di iniziative di promozione della sicurezza delle cure;

DATO ATTO che l’onere complessivo derivante dall’adozione del presente atto ammonta ad € 3.000/anno IVA inclusa per gli anni 2025-2026;

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. 271 del 14.03.2024;

Tutto ciò premesso

PROPONE

- 1. di considerare la premessa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 1. di approvare la Relazione sulle Attività di Gestione del Rischio Clinico anno 2024;
- 1. di approvare il Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico 2025-26;
- 1. di assegnare alla funzione di Gestione del Rischio Clinico un budget annuo di € 3000 per gli anni 2025-2026 a carico dei rispettivi bilanci aziendali;
- 1. 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
S.C. GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT
(Dott.ssa Micaela LA REGINA)

Per visto di regolarità contabile
IL DIRETTORE
S.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE
(Dott. Luca RICCIARDI)

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO l’art. 3 D.Lgs 502/1992 e s.m.i. ed in virtù dei poteri conferiti con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1137 del 30.12.2020 e confermati con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1367 del 27.12.2023;

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.ssa Maria Alessandra MASSEI)

IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott.ssa Pamela MORELLI)

IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Dott.ssa Simonetta LUCARINI)

DELIBERA

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

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Paolo CAVAGNARO)

Ai fini della pubblicazione il presente provvedimento

☐ è

☒ non è soggetto a data protection

Il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali attesta che la presente deliberazione viene pubblicata all’Albo Pretorio di ASL 5, ai sensi della normativa vigente.

La presente copia e' conforme all'originale depositato presso gli archivi dell'Azienda

F1-7B-27-B8-7A-BE-45-90-36-E5-E9-EB-AB-59-BF-46-EB-6F-FB-47

PAdES 1 di 6 del 07/08/2025 11:32:13

Soggetto: PAOLO CAVAGNARO
S.N. Certificato: 6BAFA31C
Validità certificato dal 07/12/2023 07:31:18 al 07/12/2026 07:31:18
Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.

PAdES 2 di 6 del 07/08/2025 11:30:36

Soggetto: SIMONETTA LUCARINI
S.N. Certificato: E3B93825
Validità certificato dal 19/09/2024 09:29:14 al 19/09/2027 09:29:14
Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.

PAdES 3 di 6 del 07/08/2025 11:26:25

Soggetto: PAMELA MORELLI
S.N. Certificato: E13148F0
Validità certificato dal 20/02/2024 08:17:03 al 20/02/2027 08:17:03
Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.

PAdES 4 di 6 del 07/08/2025 11:22:32

Soggetto: MARIA ALESSANDRA MASSEI
S.N. Certificato: FE941D7B
Validità certificato dal 25/07/2025 09:10:11 al 25/07/2028 09:10:11
Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.

PAdES 5 di 6 del 07/08/2025 09:34:53

Soggetto: MATTEO FONTANA
S.N. Certificato: 1F6EFBDB
Validità certificato dal 02/12/2022 13:54:26 al 02/12/2025 13:54:26
Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.
Commento: firma con funzioni vicariali

PAdES 6 di 6 del 06/08/2025 13:05:01

Soggetto: MICAELA LA REGINA
S.N. Certificato: 5AFE5D80
Validità certificato dal 24/06/2024 08:47:32 al 24/06/2027 08:47:32
Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.



**RELAZIONE DI ATTIVITA’
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE
Anno 2024**

RELAZIONE DI ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE 2024

PIANO AZIENDALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025 - 2026

RELAZIONE DI ATTIVITÀ
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE
ANNO 2024

Sommario

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE..... 2

COMUNICAZIONE..... 5

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITÀ..... 6

SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI
MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE..... 9

IMPARARE DALL’ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI..... 18

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

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

G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)	Nel 2022 con la delibera del DG n.871 del 29/9/2022 "Riorganizzazione del sistema aziendale di gestione del Rischio clinico e aggiornamento nomine Referenti del rischio clinico e composizione dell'Unità di Gestione del rischio" è stata formalizzata la nuova organizzazione aziendale per la gestione del rischio clinico, basata su un modello a rete, con identificazione delle varie responsabilità; sono state inoltre aggiornate le nomine dei referenti del rischio clinico di tutte le SC/SSD e la composizione dell'UGR. Con la delibera annuale di approvazione del Piano biennale, ultima la Delibera n. 806 del 5/9/2024 "Approvazione Relazione annuale attività di gestione del rischio clinico 2023 e del Piano Aziendale Rischio clinico 2024-2025 e altri provvedimenti inerenti i Referenti del Rischio Clinico" è stato definito il piano delle risorse per garantire gli standard di sicurezza previsti e stabilito che i <i>Link professionals</i> si identificano con i referenti del rischio, salvo diversa indicazione da parte della struttura di appartenenza e che l'elenco dei referenti è tenuto aggiornato dalla SC Governo clinico e risk management. Declinazione del Rischio Clinico in ASL 5 La Direzione Aziendale detta le politiche generali necessarie a garantire adeguati livelli di sicurezza, in base alle indicazioni nazionali e regionali. 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 (<i>Lean organization</i>). 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.
G2 Gruppo Operativo UGR	Con la delibera annuale di approvazione del Piano biennale, ultima la Delibera n. 806 del 5/9/2024 "Approvazione Relazione annuale attività di gestione del rischio clinico 2023 e del Piano Aziendale Rischio clinico 2024-2025 e altri provvedimenti inerenti i Referenti del Rischio Clinico" è stato definito che i <i>Link professionals</i> si identificano con i referenti del rischio, salvo diversa indicazione da parte della struttura di appartenenza e che l'elenco dei referenti è tenuto aggiornato dalla SC Governo clinico e risk management.
G2.1 N° incontri gruppo operativo UGR nel 2024	L'UGR si è riunita in plenaria una volta nel 2024 (10 giugno); 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 partecipano anche alla formazione interattiva riservata ai Referenti del rischio clinico delle Strutture ospedaliere e territoriali.
G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza	I Referenti del rischio clinico sono stati incontrati più volte nell'ambito dei gruppi di lavoro finalizzati ai progetti e agli audit clinici. La strategia di comunicazione costante con la rete dei referenti è basata sulla piattaforma Intranet, la posta elettronica e un sistema di messaggistica istantanea.

G3 Explicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico	Gli obiettivi in materia di gestione del rischio clinico del 2024 sono stati esplicitati nella riunione plenaria dell'UGR del 10 giugno 2024 e nella delibera n. 806 del 5/9/2024 "Approvazione Relazione annuale attività di gestione del rischio clinico 2023 e del Piano Aziendale Rischio clinico 2024-2025 e altri provvedimenti inerenti i Referenti del Rischio Clinico". 1. Mantenimento attività di benchmarking con altre aziende sanitarie attraverso il Programma Nazionale Esiti e il Sistema di valutazione delle performance del Laboratorio MES della Scuola Superiore S. Anna 2. Creazione di un report qualità e sicurezza per ciascuna SC/SSD clinica 3. Supporto al processo di accreditamento istituzionale (OB 2024) 4. Incontri di co-producing con la comunità LGBTQIA+ 5. Organizzazione Campagne per la giornata mondiale della sicurezza dei pazienti e giornata mondiale Igiene delle mani 6. Revisione e razionalizzazione cartella clinica in vista dell'informatizzazione (OB 2023-2024) 7. Partecipazione al gruppo di lavoro aziendale per la implementazione della cartella clinica elettronica 8. Implementazione software per la gestione del rischio clinico e la gestione documentale (taleteweb); 9. Creazione GDL e programmazione attività per il miglioramento della sicurezza diagnostica 10. Elaborazione procedura e allestimento kit di orientamento neo assunto/neo inserito 11. Implementazione IO Monitoraggio trasporti interni 12. Analisi criticità trasporti interni e programmazione interventi 13. Produzione e aggiornamento vademecum su iter giudiziario in caso di aggressioni 14. Aggiornamento procedura per la prevenzione agli atti di violenza per gli operatori sanitari e sociosanitari 15. Celebrazione della Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari 12 Marzo 16. Elaborazione procedura aziendale Gestione sinistri e ricognizione oneri probatori per la difesa in caso di sinistri per ICA 17. Implementazione monitoraggio presunte ICA e delirium tramite database sdo 18. Revisione protocollo emergenze interospedaliere 19. Aggiornamento di almeno tre procedure per la gestione del rischio infettivo (OB 2024) 20. Ampliamento programma di sorveglianza della ferita chirurgica (OB 2024) 21. Audit PNE su ictus ischemico (OB 2024) e chirurgia colo-rettale (OB 2024) 22. Partecipazione alla redazione del PEIMAF (OB 2024) 23. Elaborazione e coordinamento piano aziendale igiene delle mani 24. Revisione Protocollo aziendale accoglienza vittime di violenza 25. FMEA sulla nutrizione parenterale nell'adulto 26. Elaborazione progetto "Valorizzare le persone per un lavoro soddisfacente" con il quale la nostra ASL ha vinto il premio nazionale "RUSAN" 27. Revisione documentazione infermieristica Primary Nursing 28. Supervisione elaborazione IO ambulatorio stomatoterapia
G4 Eventi avversi / quasi eventi G4.1 Incident reporting (IR): G4.1.1 segnalazione G4.1.2 analisi e gestione G4.1.3	Nel 2024 sono stati ricevuti 56 Incident Reporting relativi a eventi avversi/near miss nell'ambito delle seguenti procedure: Procedura assistenziale 13 Procedura identificazione 5 Procedura trasfusionale 1 Procedure organizzative 9 Procedura diagnostica 6 Procedura gestione campione biologico 1 Procedura farmacologica 2 Procedura informatica 3 Procedura terapeutica 6 Procedura trasporto 3 Altro 7 Per la gestione di tali eventi sono state eseguite le seguenti azioni di miglioramento: 1. Correzione imprecisione compilazione e diffusione Raccomandazioni per evitare errori di identificazione c/o servizio diagnostico 2. Avvio revisione procedura accoglienza vittime di violenza 3. Richiesta installazione allarme porta reparto 4. Segnalazione incongruenza inserimento terapia farmacologica in lettera di dimissione 5. Diffusione raccomandazioni su gestione anamnesi e allergie nei reparti con cartella elettronica ibrida (Whale-Toplettera)

misurazione IR	6. Incontro di refresh su isolamento pazienti con positività per BK 7. Organizzazione ed erogazione corso di formazione per la prevenzione delle ICA 8. Refresh al personale del punto prelievi su corretta identificazione del paziente ed elaborazione cartellonistica dedicata per il coinvolgimento dell'utenza 9. Incontro con elaborazione azioni di contenimento del rischio correlato ai ricoveri fuori reparto 10. Raccomandazioni circa le consulenze oncologiche in Pronto soccorso 11. Raccomandazioni per operatori PS su gestione continuità assistenziale durante la fase di ricovero 12. Sensibilizzazione della gestione tecnica su segnalazioni di competenza 13. Elaborazione istruzione operativa terapie intravitali 14. Refresh sulle buone pratiche trasfusionali 15. Elaborazione misure di allineamento tra Igiene e consultori per vaccinazioni minori 16. Elaborazione checklist reparto-ambulatorio per esame ecocardiografico transesofageo 17. Sensibilizzazione sistemi informativi aziendali su malfunzionamento gestionale con pronto intervento di risoluzione 18. Refresh su IO latex free nei servizi diagnostici ed elaborazione intervista strutturata ai pazienti ambulatoriali con prenotazione di esame TC/RMN 19. Riorganizzazione dell'armadio di distribuzione farmaci secondo logica LASA (controllo presenza di etichette e introduzione evidenziazione nomi dei principi attivi con colori diversi) e responsabilizzazione del paziente, in struttura di assistenza psichiatrica 20. Incontro ospedale-territorio per condivisione buone pratiche prescrizione nutrizione parenterale totale esclusiva 21. Ricognizione e precisazione su uso zaini per i trasporti alle varie strutture a cura delle Professioni sanitarie 22. Ricognizione e distribuzione per piano degli elettrocardiografi in rete nello stabilimento s. Bartolomeo in collaborazione con DMPO 23. Riorganizzazione prime visite e controlli ambulatorio proctologia a cura della SSD governo liste di attesa 24. Sensibilizzazione alla compilazione adeguata e completa dei referti di PS 25. Richiesta posizionamento di allarme anti-allontanamento spontaneo pazienti, in collaborazione con DMPO e Gestione tecnica 26. Refreshing su procedura trasporti secondari urgenti e inizio revisione della stessa 27. Condivisione delle regole per l'indicazione del filtrato glomerulare nei referti di laboratorio 28. Incontro per definizione buone pratiche per la guardia interdivisionale e loro diffusione 29. Azioni di contenimento del rischio relativo alla anamnesi in formato elettronico 30. Approfondimento su difformità valori di riferimento di esame urgente fra i laboratori di due presidi (prevista a breve standardizzazione)
G4.2 Misurazione cadute G4.3 Misurazione Lesioni da Pressione (LDP) G4.4 Segnalazione microrganismi Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)	Monitoraggio Eventi Avversi Cadute: viene eseguita valutazione periodica del numero delle cadute (tasso per 1000 giorni di degenza). Il monitoraggio annuale 2024 ha evidenziato una riduzione del tasso/1000 giornate di degenza da 1,84 a 1.68. Il tasso delle cadute con danno medio-grave è risultato in riduzione rispetto allo scorso anno (da 0.23 a 0.17) Lesioni da pressione: nel 2024 il monitoraggio (cartaceo) è stato eseguito nel dipartimento medico. Il report dell'area medica ha documentato un tasso di 0,3 LDP di nuova insorgenza ogni1000 giornate, dimezzato rispetto allo scorso anno. Dati CIO 2024: <u>Attività di formazione:</u> Corso base della durata di 5 ore in presenza, accreditato per tutte le professioni sanitarie (6,5 crediti ECM) che partendo dall'epidemiologia delle ICA e dalle infezioni derivate da MDRO, illustrava le buone pratiche, le precauzioni standard ed aggiuntive, il sistema di prevenzione e controllo aziendale fino ai bundle per la prevenzione delle ICA, alle tecniche corrette per i prelievi diagnostici colturali, alla lettura e l'interpretazione dell'antibiogramma ed al riconoscimento/gestione precoce della sepsi; incontri per piccoli

G4.5 Altre misurazioni	gruppi su richiesta delle strutture di degenza tra i professionisti e l’Infermiera ICI (Infermiera Controllo Infezioni) per il consolidamento delle buone pratiche (training on the job). <u>Attività di monitoraggio</u> si è articolata su 4 fronti: 1. le infezioni correlate all’assistenza: lo studio di prevalenza condotto dal 4 al 21 novembre 2024 in tutte le strutture di degenza dell’ospedale S. Andrea e S. Bartolomeo, ha arruolato un totale di 316 pazienti con una prevalenza di ICA pari al 10.4% di cui il 6,9% insorte durante il ricovero corrente. La sede più frequente di infezione è risultata quella del tratto urinario, seguito dal torrente ematico e tratto respiratorio. 2. il monitoraggio del gel idroalcolico che ha prodotto i seguenti risultati: consumo aziendale aree di degenza: 12 litri/1000 giornate di degenza; aree non degenza: 5 litri al giorno. 3. la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico che ha evidenziato tassi di incidenza variabili dall’1% al 15% in rapporto alla tipologia di intervento, ma generalmente sovrapponibili a quanto riportato in letteratura. I casi relativi al periodo marzo-maggio 2024 sono stati inseriti sulla piattaforma Helicswin nell’ambito del protocollo Snich-2. 4. la misurazione baseline dell’adesione alla buona pratica igiene delle mani in tutte le strutture di degenza e per tutte le figure professionali. <u>Elaborazione/Aggiornamento PL, PR, IO:</u> sono state aggiornati/elaborati i seguenti documenti: Gestione del paziente colonizzato/infecto da Clostridioides, Igiene mani, Sorveglianza MDRO/alert, Bundles per la prevenzione delle infezioni <u>Campagne di sensibilizzazione:</u> Nella giornata del 5 maggio 2024 abbiamo aderito alla Campagna promossa dall’OMS realizzando le seguenti iniziative: 1) Iniziative rivolte agli operatori ASL 5: diffusione del Piano Aziendale di promozione e responsabilizzazione sull’igiene delle mani che prevede una serie di interventi educativi ed operativi scanditi lungo tutto l’anno. 2) Iniziative rivolte alla popolazione: sessione didattica sull’igiene delle mani con ausilio di Box pedagogico; proseguimento della Campagna sull’igiene delle mani e la prevenzione delle infezioni mediante video educazionali, in collaborazione con Federfarma La Spezia Allontanamenti spontanei: nel 2024 sono stati registrati 9 allontanamenti di pazienti dal reparto di degenza. Segnalazione Aggressioni. Gli episodi segnalati sono stati 78, così distribuiti: DEA 22, Dipartimento salute Mentale 22, Dipartimento Medico 16, Dipartimento Materno Infantile 5, Dipartimento Chirurgico 3, Dipartimento Prevenzione 2, Dipartimento dei Servizi 1, Dipartimento Oncologico 1, Dipartimento Cure Primarie 1, altro 5. L’aggressione è stata prevalentemente verbale (64 casi), gesti violenti e spinte in 14 casi. Le aggressioni sono state a carico di infermieri nell’85% dei casi, di medici nel 6% e di altri operatori nel 9% dei casi; la denuncia di infortunio è stata sporta in 15 casi, la denuncia all’Autorità Giudiziaria in 2 casi. L’aggressore è stato più frequentemente il paziente. Monitoraggio sull’applicazione della buona pratica “Prevenzione della contenzione fisica e gestione del delirium”, ha evidenziato la necessità di migliorare la documentazione dell’avvenuta contenzione. Altre misurazioni relative alla sicurezza delle cure sono state raccolte nell’ambito di 2 tesi di laurea svolte dagli studenti del CdL in Infermieristica – Unige (Polo di La Spezia) sulla prevenzione del delirium in area medica.
G5 Eventi sentinella G5.1 Misurazione eventi sentinella	Nel 2024 è stato registrato un evento sentinella relativo ad aggressione a carico di operatori sanitari di Pronto soccorso.

G6 Gestione sinistri G6.1. Misurazione sinistri	La gestione dei sinistri avviene in linea con il protocollo regionale (DGR n. 102 del 31/01/2014).
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 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). Nel 2024 è stato eseguito un <i>benchmarking</i> esteso a tutte le strutture attraverso gli indicatori del PNE. Il report PNE 2024 ha messo in evidenza un livello di aderenza molto alto a standard di qualità per i seguenti indicatori: • STEMI: proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 min • Proporzione di episiotomie nei parti vaginali • Colectomia laparoscopica degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni • Nuovi interventi entro 120 giorni per chirurgia conservativa per K mammella • IMA mortalità a 30 giorni e un livello di aderenza alto a standard di qualità per i seguenti indicatori: • Proporzione di parti con taglio cesareo primario • Proporzione di parti vaginali in donne con taglio cesareo pregresso • Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni

COMUNICAZIONE

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

C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente	Il sistema di comunicazione interno in materia di rischio clinico è rappresentato da una pagina dedicata di Intranet, dalla mail aziendale e da una chat whatsapp dei referenti del rischio clinico e coordinatori sanitari. 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 partecipa assiduamente alle riunioni plenarie, portando contributi interessanti, corredati da note esplicative, inserite nei verbali. Inoltre nel 2024 il Risk Management ha prodotto, in collaborazione con l'ufficio stampa e le altre funzioni aziendali interessate, comunicati internet, servizi su stampa e TV locale in occasione della Giornata Nazionale contro la violenza a danno degli operatori sanitari, della Giornata Mondiale per l'igiene delle mani, della Giornata Mondiale per la sicurezza dei pazienti Nel 2024 si sono svolti gli altri 4 appuntamenti del ciclo di incontri "Costruiamo insieme la nostra salute" in data 9 febbraio ("Vado al pronto soccorso dal mio medico o cerco su google?") 12 marzo ("L'Elogio della gentilezza") 18 aprile "L'alfabeto della sanità") 16 maggio ("I dati sanitari spiegati ai cittadini")
---	---

	per un totale di circa 461 presenze di cittadini e 820 studenti in tali occasioni è stato distribuito ai presenti materiale sulle buone pratiche per la sicurezza e un opuscolo intitolato “L’alfabeto della sanità” che illustra spiegandone il significato i vari termini sanitari utili ai cittadini.
C2 Sistemi interni all’azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni	Tutti gli aggiornamenti sono prontamente pubblicati su intranet e inviati via email ai referenti del rischio, presenti in ogni reparto/dipartimento e postati sulla chat whatsapp. Contenuti particolari vengono diffusi con incontri ad hoc rivolti a singoli reparti o gruppi di reparti.
C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo	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 Risk Manager 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).
C4 Debito informativo aziendale	Assolto secondo le modalità e le scadenze previste (flusso regionale Eventi avversi e cadute, flusso nazionale monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali e DM 19 dicembre 2022).
C5 Valutazione dell’informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico	Nel corso del 2024 è stata eseguita valutazione dell’informazione fornita ai cittadini, comprendente alcuni aspetti inerenti il rischio clinico nell’ambito del progetto “Costruiamo insieme la nostra salute” si sono svolti 4 incontri durante i quali si sono somministrati questionari con 61 risposte
C6 Valutazione cultura della sicurezza e risultati positivi (elogi/encomi/ringraziamenti)	La valutazione della cultura della sicurezza viene eseguita ogni 3 anni; l’ultima valutazione insieme a quella del benessere organizzativo è stata eseguita nel 2023 sul personale del comparto, nell’ambito di uno studio, promosso dall’Università di Genova. Tale valutazione ha evidenziato un miglioramento rispetto alla precedente e rispetto al campione regionale e nazionale relativamente ad item quali il lavoro di squadra, la sostenibilità del lavoro, il benessere psicologico. Durante il 2024, sono stati ricevuti dall’URP 99 elogi/encomi/ringraziamenti di cui 32 a mezzo stampa.

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITÀ

Attività di formazione e valutazione svolte a livello aziendale e interaziendale

F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale 2024	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. Nel 2024 sono stati erogati i seguenti corsi ECM inerenti la gestione del rischio clinico:				
	CORSO	EDIZIONI	PARTECIPANTI TOTALI (effettivi)	DURATA IN ORE (singola edizione)	CREDITI AD EDIZIONE
	BLSD	32	536	05:00	8
	PBLS	7	118	05:30	7,4
	L'ERRORE PUO'ATTENDERE	1	132	10:30	10
	LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	9	360	05:00	6,5

	LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA VARIANZA DI GENERE: VERSO CURE SICURE	1	86	06:30	6
	I WEBINAR DELLA GENITLEZZA	1	34	08:00	12
	IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI UTENTI DI ASL 5 DA PARTE DEGLI AUTORIZZATI	7	234	03:30	3
	LA LEGGE GELLI: RUOLI E RESPONSABILITÀ	10	311	04:15	4
F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali	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 <i>Incident reporting</i>, dei sinistri e dei reclami, il controllo diretto dei referenti del rischio clinico, la revisione delle cartelle cliniche e le visite alle strutture. Nel 2024 sono stati effettuati n 17 audit interni di sistema su n. 20 audit programmati (85%). Gli audit sono stati effettuati nelle seguenti Strutture/Servizi aziendali: I principali rilievi sono stati: ☐ documentazione clinica: a fronte di reparti che dimostrano una corretta e completa compilazione della cartella clinica in tutte le cartelle visionate in sede di audit, in un reparto sono state riscontrate NC sulla compilazione della STU, della ricognizione farmacologica e della valutazione del rischio trombo-emorragico ☐ sistema gestione qualità: in alcune strutture è emersa la necessità di riordinare il disco di rete condiviso SGQ ☐ conoscenza ed utilizzo delle EBM nella pratica clinica (NC): in alcune Strutture non vi è evidenza di inserimento di elenco delle LG di riferimento in cartella di disco condiviso e loro utilizzo ☐ rischio clinico: in alcune Strutture, a differenza di alcuni anni fa, è stata riscontrata evidenza di gestione degli eventi avversi-near miss (utilizzo della scheda di <i>incident reporting</i> o altro strumento di segnalazione, analisi strutturata preventiva o correttiva relativamente a near-miss o aventi avversi occorsi) e da questo punto di vista si è riscontrato un miglioramento nella gestione del rischio clinico. In alcune strutture non è ancora consolidato l'utilizzo di strumenti di gestione del rischio clinico (es. <i>incident reporting</i>, SEA) ☐ informazioni all'utenza: la consegna delle brochure informative sui servizi è stata ripristinata da quasi tutte le strutture di degenza, oggetto di audit, dopo l'interruzione dovuta a Covid-19; tutte le strutture territoriali auditate hanno elaborato brochure informative sui servizi offerti ☐ gestione formazione: nelle Strutture spesso non vi è sistematica evidenza di verbali di formazione o di affiancamento e valutazione del neoassunto (soprattutto della dirigenza) ☐ valutazione delle prestazioni offerte: anche presso le strutture non certificate si è riscontrata l'individuazione di alcuni indicatori di performance che si è raccomandato di monitorare secondo i target e le tempistiche stabilite ☐ soddisfazione dell'utenza: in alcune strutture di degenza, individuate dalla direzione aziendale, è stata effettuata valutazione della <i>Customer satisfaction</i>; solo alcune strutture territoriali auditate dimostrano di effettuare rilevazioni ☐ pianificazione, programmazione, organizzazione, attività e programmi di miglioramento: nella maggior parte delle strutture auditate si è riscontrata la presenza di programmazione delle attività e dell'individuazione di progetti di miglioramento che si è raccomandato di inserire su apposita modulistica aziendale ☐ utilizzo di documenti di registrazione: non è ancora consolidato in Azienda l'utilizzo sistematico di documenti di registrazione (registro rilievi e reclami, rapporto di NC, verbali di riunioni di reparto/equipe su modulistica aziendale, check-list sanificazione ambienti, check-list guida per controllo cartella clinica, ecc.)				

	Relativamente alle strutture certificate, sono state formulati i seguenti rilievi (OSS): - documentazione SGQ: effettuare in modo sistematico la revisione di alcuni processi primari, della loro descrizione e della modulistica/documenti di registrazione - rilevazione della soddisfazione dell'utente: documentare puntualmente ed estendere la somministrazione della <i>Customer satisfaction</i> sia agli stakeholder interni che esterni - programma di miglioramento: migliorare la definizione del traguardo atteso in alcuni obiettivi inseriti nel programma di miglioramento
F3 Promozione dell'igiene delle mani	La promozione dell'igiene delle mani avviene in maniera costante tramite: 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). Nel 2024 la promozione dell'igiene delle mani è stata intensificata attraverso disposizioni della direzione, della medicina preventiva, del CIO e attraverso la campagna di sensibilizzazione rivolta a operatori sanitari e cittadini, in occasione della Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani (5 Maggio 2024).
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. Nel 2024 sono stati effettuati incontri su dei dispositivi per la diluizione degli antiblastici.
F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta	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 Ipftrat. 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.
F6 BLSD e PBLSD	L'Azienda richiede agli operatori il corso BLSD/PBLS ogni 2-3 anni/operatore. L'intervallo è rispettato prevalentemente per gli operatori sanitari del DEA. Nel 2024 sono state eseguite 32 edizioni del corso BLSD (formati 536 discenti) e 7 edizioni del corso PBLSD (formati 118 discenti).
F7 Definizione profilo di competenza 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 <i>job description</i> , 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). Nel 2024 nelle more della messa a regime del nuovo sistema di valutazione della performance (SMVP) e dell'operatività dei nuovi criteri e procedure attualmente in definizione, si è proceduto alla valutazione della performance con l'applicazione delle consuete schede di valutazione della performance individuale per i lavoratori del comparto. Per i soggetti titolari di incarichi (ex-PO e coordinamento) come obiettivo individuale, uguale per tutti, è stata considerata la partecipazione al corso obbligatorio "Progettazione del sistema della performance aziendale e leadership".
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 SSCC/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 ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.2 Raccomandazione 2 – Mar. 2008 Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico sito chirurgico	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.3 Raccomandazione 3 – Mar. 2008 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e dell’applicazione della checklist di sala	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
(La checklist è utilizzata in tutte le sale operatorie ASL)			
S1.4. Raccomandazione 4 – Mar. 2008 Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.5 Raccomandazione 5 – Mar. 2008 Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.6 Raccomandazione 6 – Mar. 2008 Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.7 Raccomandazione 7 – Mar. 2008	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐

Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
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 [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
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 [X] NO [] SI [] NO [X] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
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 [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [] NO [X]
S1.11 Raccomandazione 11 – Gen. 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 [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
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 [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
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 [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO [] SI [X] NO []
S1.14 Raccomandazione 14 – Ott. 2012 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura	SI [X] NO [] SI [X] NO []

	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐
S1.15 Raccomandazione 15 – Feb. 2013 Morte o grave danno conseguente a non corretta operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso attribuzione del codice triage nella Centrale	Procedura aziendale	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐
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 aziendale (pubblicata raccomandazione)	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐
S1.17 Raccomandazione 17 – Dic. 2014 Riconciliazione della terapia farmacologica	Procedura aziendale	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐
S1.18 Raccomandazione 18 – Sett. 2018 Prevenzione degli errori di terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Procedura aziendale	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐
S1.19 Raccomandazione 19 – Ott. 2019 Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Procedura aziendale	SI ☒ NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI ☒ NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒ NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒ NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐

S.2 Sviluppo Buone Pratiche	
S2.1 Audit Clinici accreditati ECM	Nel 2024 effettuati 16 audit SEA su Incident Reporting. Nessun audit è stato accreditato ECM.
S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale	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 . Tale documento include campi definiti per le allergie e la Scheda Unica 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. 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. Nel 2022 è stato elaborato un progetto biennale per la nuova cartella clinica hanno fatto parte del gruppo di lavoro (GDL): DMPO, Professioni Sanitarie, Qualità e Rischio clinico, proseguito nel 2023 con la produzione di un modello cartaceo aggiornato e la valutazione di cartelle cliniche elettroniche disponibili per l’acquisizione. Nel 2024 il GDL si è dedicato alla preparazione dell’implementazione della cartella clinica elettronica aziendale, incontrando rappresentanti di tutte le degenze e dei servizi diagnostici per presentare il software e raccogliere desiderata circa le personalizzazioni (totale 20 incontri).
S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili e Consensi Informati al trattamento Sanitario	Annualmente il Sistema Qualità esegue un controllo a campione sulla documentazione sanitaria; periodicamente il Controllo di Gestione monitorizza l'utilizzo delle consulenze informatizzate. Tutte le SC/SSD di degenza sono dotate di Scheda Terapeutica Unica cartacea, definita anche Universale, in quanto uguale in tutte le strutture eccetto Terapia Intensiva, dal 2018. La scheda terapeutica informatizzata è disponibile solo nelle SS.CC. dotate di cartella elettronica. Controlli a campione sulla STU vengono eseguiti nel corso degli audit interni. Nel 2024 il monitoraggio ha raccomandato di migliorare la compilazione della cartella clinica e della relativa modulistica (STU, consenso informato, etc.), in particolare per il personale medico delle degenze chirurgiche auditate. La checklist di sala operatoria è attiva su tutti i blocchi operatori e per tutte le discipline. Il Sistema Qualità esegue controlli a campione sulle cartelle cliniche relativamente a checklist di sala operatoria e consenso a intervento chirurgico. Il Sistema Qualità segue annualmente controlli a campione anche dei consensi informati al trattamento sanitario. A seguito della modifica dell’espressione del consenso/dissenso nelle dichiarazioni presenti in cartella effettuata nel 2023, la compilazione dei consensi informati è molto migliorata nel 2024.
S2.3. Corretta identificazione del paziente	Tutti pazienti afferenti le SC/SSD di degenza e la SC Medicina Nucleare sono dotate di braccialetto identificativo. E’ in fase di programmazione la implementazione del braccialetto identificativo in sala parto e per la sicurezza trasfusionale. Nel 2023 è stata diffuso un addendum alla procedura per la corretta identificazione del paziente in caso di decesso.
S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza	Vedi Paragrafo G4.4
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 e non attraverso la misurazione del consumo di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza. L’azienda partecipa al sistema di monitoraggio nazionale, coordinato dall’Istituto Superiore di sanità. Nel 2024 è stata effettuata anche la misurazione baseline dell’adesione alla buona pratica igiene delle mani in tutte le strutture di degenza e per tutte le figure professionali Vedi anche paragrafo G4.4.
S2.6. Prevenzione e gestione cadute	Nel 2024 è proseguita l’applicazione delle attività degli anni precedenti (vedi F5).
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. Nel 2023 è stato elaborata una buona pratica sulla prevenzione della contenzione e la gestione del delirium ed è stata diffusa a oltre 300 operatori mediante 4 incontri. Per i risultati sul monitoraggio dell’applicazione della buona pratica vedi G4.5

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 e include indicazioni per identificare i soggetti a rischio di contrarre lesioni da pressione (LDP), al fine di prevenire l’insorgenza di tali lesioni nei soggetti a rischio e uniformare l’attività infermieristica relativa alla prevenzione delle lesioni da pressione. Per i risultati del monitoraggio sulle LDP di nuova insorgenza vedi G4.3.
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 durante gli audit del sistema Qualità.
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 Accredimento e revisionati anche dal Risk Management per gli aspetti di pertinenza. Nel 2024 sono stati elaborati/aggiornati i seguenti PDTA: Gestione del piede diabetico, Gestione del paziente psichiatrico acuto, Cistectomia, Transizione dall’infanzia all’età adulta del paziente con ADHD.
S2.11 Percorso nascita	Il percorso nascita è sottoposto a monitoraggio annuale attraverso una serie di indicatori. Nel 2024 sono stati rilevati i seguenti indicatori: ➤ numero parti 733 ➤ numero parti in analgesia n° 44 (6%) ➤ tagli cesarei programmati 76 (10,36%) ➤ tagli cesarei in urgenza 84 (11,45%) ➤ tagli cesarei in emergenza 22 (3%) ➤ customer interview (100 % consegnata) Consultori Prime visite 475, entro il primo trimestre 446 Partecipazione ai corsi parto: 252 gravide Partecipazione all’incontro di presentazione della struttura e di visita ai locali: 192 gravide, di cui 78 accompagnate da partner/familiare o altra persona di fiducia. Nido I neonati dimessi dal nido in allattamento materno esclusivo sono stati 464, misto 80, artificiale 8.
S2.12 Buone pratiche AGENAS	Nel 2024 è stata inviata una buona pratica all’osservatorio buone pratiche AGENAS su una esperienza di co-producing con la comunità LGBTQ+.
S2.13 Controlli carrelli di emergenza	I controlli dei carrelli di emergenza avvengono durante gli audit interni del Sistema Qualità
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 del reparto/paziente 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. Nel 2024 sono state effettuate in totale n. 47 ispezioni a reparti/servizi. In una sola ispezione sono state fatte rilevazioni.
S4.5 Monitoraggio percorsi campioni di materiale biologico	La S.C. Anatomia Patologica esegue un monitoraggio costante sui campioni biologici in accettazione e produce un report semestrale: • nel primo semestre del 2024 sono state registrate 45 anomalie, corrispondenti allo 0,66% delle accettazioni, su un totale di 6807 campioni istologici istituzionali pervenuti in Anatomia Patologica. • nel secondo semestre del 2024 sono state registrate 59 anomalie, corrispondenti allo 0,92% delle accettazioni, su un totale di 6396 campioni istologici

	istituzionali pervenuti in Anatomia Patologica. Il monitoraggio eseguito nel 2024 dalla SC Patologia Clinica ha rilevato: • campioni emolizzati 4.97% • campioni coagulati a 0.5% Il servizio immunotrasfusionale ha segnalato: • campioni non idonei per problemi di tipo informatico (es. mancanza di passaggio dei dati sul nostro gestionale per un totale di circa 50 provette/anno pari allo 0,15%) • campioni non idonei per problemi legati all’anagrafica del paziente o ai dati riportati sull’etichetta (circa 30/anno pari a 0.09%) • campioni non idonei perché prelievo scarso/emolizzato (circa 35/anno pari a 0,11%) • campioni non idonei per errori procedurali (es. provetta non firmata dal prelevatore, provetta errata o scaduta circa 40/anno pari a 0,12%).
S4.6 Monitoraggio Percorso Alimenti	Nel corso del 2024 sono stati effettuati negli Stabilimenti del Presidio Ospedaliero n° 16 campionamenti, di cui n° 11 presso l’Ospedale della Spezia e n° 5 presso l’Ospedale di Sarzana con il prelievo di n° 67 campioni di alimenti ed effettuazione di prelievi su 38 superfici. In particolare, sono stati prelevati campioni di n° 17 primi, n° 17 secondi, n° 16 contorni, n° 16 frutta/dolce, n° 1 latte per neonati. Sui tutti i campioni di alimenti (tranne il latte) sono state effettuate le seguenti determinazioni: • <i>Clostridium spp</i> solfito riduttori (metodo colturale-conta) • <i>Bacillus cereus</i> presuntivo (metodo colturale-conta) • <i>Escherichia coli</i> beta-glucuronidasi positiva (metodo colturale-conta) • <i>Lysteria monocytogenes</i> (immunoenzimatica: ELFA-ricerca) • <i>Salmonella spp</i> (immunoenzimatica: ELFA-ricerca) • Stafilococchi coagulasi positivi (metodo colturale-conta) Su campioni di secondi (e 2 contorni) è stata effettuata anche la Ricerca di <i>Escherichia coli</i> O157 (19 determinazioni) e <i>Clostridium perfringens</i> (15 determinazioni) Sul campione di latte sono state effettuate le seguenti determinazioni: ☐ <i>Enterobacteriaceae</i> (metodo colturale-conta) ☐ Stafilococchi coagulasi positivi (metodo colturale-conta) ☐ <i>Salmonella spp</i> (immunoenzimatica: ELFA-ricerca) ☐ <i>Lysteria monocytogenes</i> (immunoenzimatica: ELFA-ricerca) I prelievi su tutte le superfici sono stati effettuati con piastre contact per le seguenti determinazioni: • Mesofili aerobi a 30 °C (conteggio colonie) • Muffe (conteggio colonie) e su metà delle superfici tramite tampone per la ricerca di: ☐ Virus Epatite A (RT PCR) ☐ Norovirus (RT PCR) ☐ <i>Salmonella</i> (immunoenzimatica: ELFA-ricerca) I risultati delle analisi hanno indicato conformità a parametri normativi e condizioni soddisfacenti di igiene alimentare.
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 2024: totale kit processati dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024 = 18.700 totale buste vapore processate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024 = 102.467 totale buste gas plasma processate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024 = 4.223 totale buste vapore + gas plasma = 106.690 cicli autoclave 1 dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024 = 2.250 cicli autoclave 2 dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024 = 2.171 cicli autoclave 3 dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024 = 2.473

	cicli macchina plasma dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024= 762 totate cicli = 7.656 Il controllo diretto del servizio di sterilizzazione degli strumenti chirurgici è effettuato dai Coordinatori Infermieristici dei due Blocchi Operatori, presso gli Ospedali della Spezia e Sarzana che ne sono gli utilizzatori principali, nonché dai coordinatori degli altri servizi utilizzatori. Vengono rilevati la conformità del processo attraverso la verifica degli indicatori chimici e il numero di kit che transitano da e per la centrale di Sterilizzazione. I Coordinatori Infermieristici inviano alla DMPO segnalazioni in merito a criticità rilevate. Nel 2024 non sono state segnalate anomalie nel processo di sterilizzazione.
S4.8 Monitoraggio percorso rifiuti	L'esito del monitoraggio del percorso rifiuti è riassunto nel MUD (Modello Unico Dichiarazione ambientale) che specifica quanti e quali rifiuti vengono prodotti e come vengono smaltiti e avviati al recupero. Il MUD 2024 è disponibile dal mese di giugno 2025.
S4.9 Monitoraggio Trasporti intraospedalieri	I trasporti intraospedalieri si distinguono in: Trasporti di pazienti: - tra Unità Operative, dell'Ospedale S. Andrea, compresi P.S. e Radioterapia; - dalle varie Unità Operative, compreso il P.S., dell'Ospedale di Sarzana all'Ospedale della Spezia, e viceversa; Trasporto di materiali vari, biologici, cartacei e farmaci: - tra le varie Unità Operative dei diversi Stabilimenti Ospedalieri afferenti al P.O. del Levante Ligure - tra gli Stabilimenti Ospedalieri e le Strutture territoriali - tra il Presidio Ospedaliero del Levante Ligure e le strutture accreditate liguri (prevalentemente sull'area metropolitana di Genova) ed extra regione non urgenti - 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. 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. Quanto sopra a garanzia dell'ottimizzazione dell'efficienza del servizio nel rispetto dei tempi previsti per la risposta alle richieste di trasporto anche nelle situazioni di emergenza e in caso di sciopero. 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. Nel 2023 è stata introdotta la procedura di Incident Reporting da parte della ditta in appalto che gestisce i trasporti intraospedalieri. Nell'anno 2024 su un totale di 41.174 servizi non risultano pervenute segnalazioni relative ad episodi degni di nota da parte di terzi, eccetto il fermo macchina in caso di alcune consulenze/esami diagnostici per cui la DMPO raccomanda periodicamente alle strutture coinvolte di favorire l'accesso dei pazienti trasportati dalla ditta.
S4.10 Gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi*, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali**).	Le attività dal Servizio antincendi nel 2024 comprendono le Esercitazioni Antincendio volte nelle seguenti strutture di ASL5: - presidio ospedaliero Sant'Andrea (tutti i padiglioni) - casa della salute di Ceparana - casa della salute - via Paci, Sarzana (tutti i livelli) - casa della salute - via XXIV maggio (tutti i livelli) - casa della salute -via Sardegna - Bragarina pad a-b (tutti i livelli) - casa della salute Brugnato (tutti i livelli) - centro neuropsichiatria infantile, Castelnuovo - centro diurno disabili di gabbiola, La Spezia (tutti i livelli) - centro neuropsichiatria infantile, via Gramsci, La Spezia - centro salute mentale San Bartolomeo Sarzana (tutti i livelli) - dipartimento di salute mentale e delle dipendenze via Bixio La Spezia (tutti i livelli)

	- dipartimento di sanità pubblica via fiume la spezia - radioterapia del felettino la spezia - ospedale militare viale fieschi la spezia - presidio ospedaliero san bartolomeo sarzana (tutti i livelli e blocchi) - struttura san nicolo' levanto (tutti i livelli) - polo didattico universitario via del canaletto la spezia - polo sanitario casa circondariale della spezia - dipartimento sanità animale via tavani la spezia - sers via dalmazia la spezia (tutti i livelli)
S4.12 Monitoraggio procedure richiamo farmaci e dispositivi	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. Nel 2024 sono stati pubblicati/gestiti 76 avvisi di sicurezza/ritiro riguardanti dispositivi medici e 103 avvisi di revoca/ritiro farmaci per un totale di 176 farmaci coinvolti. Sono state inserite nella Rete Nazionale Farmacovigilanza n. 32 segnalazioni di reazione avversa a farmaci (ADR). .
S4.2 Monitoraggio non conformità che emergono dai piani di manutenzione ordinaria/ straordinaria per strutture, impianti, apparecchiature	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 apposita modulistica e/o SW gestionale Ingegneria Clinica. 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 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. In merito alla società HC (affidataria manutenzione apparecchiature a medio-bassa tecnologia), viene elaborata trimestralmente una relazione che riporta l'andamento delle attività svolte rispetto al programma. Tali dati aggregati sono altresì riportati in modo puntuale (per ogni singola apparecchiatura) nell'applicativo gestionale BiogestNT, accessibile ai reparti. Relativamente alle altre tecnologie il monitoraggio avviene attraverso il gestionale BiogestNT oltreché, se disponibile, attraverso i portali dedicati nell'ambito dei contratti di riferimento. I principali interventi di manutenzione di strutture ed impianti nel 2025 sono stati i seguenti: • assistenza montaggio arredi, opere di ristrutturazione interna, di impermeabilizzazione, opere idrauliche ed opere di manutenzione elettrica • opere di migliorie e manutenzione antincendio e sicurezza • intervento di recinzione su area di parcheggio con modifiche al verde e diagnostica geologica • ripristino delle tubazioni di riscaldamento ed impianto elettrico ed adeguamento elettrico antincendio

	• rifacimento o inserimento di nuovi tratti di tubazioni per i gas medicali, ove richiesto • manutenzione punti prese • manutenzione ascensori con sostituzione funi e apparati interni, ove richiesto.
S 4.4 Monitoraggio percorso dispositivi medici (da introduzione a utilizzo)	Nel corso del 2019 è stato 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 2024 attraverso la Commissione dispositivi medici Aziendale sono state valutate n°11 richieste di nuova introduzione dispositivi medici.
S5.2 Monitoraggio Procedura Readback	Nel 2024 non ci sono state segnalazioni di eventi avversi/near miss dovuti a mancato rispetto della procedura readback.

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

I1 Organizzazione Gestione sinistri	Con delibera n.55 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 2024 o un suo delegato hanno partecipato agli incontri interaziendali (ASL4-5) del comitato Gestione Sinistri.
I3 Report Sinistri	La Regione Liguria e ALISA, in ottemperanza al dettato normativo, hanno creato un flusso informativo regionale per la gestione dei sinistri, modellato su quello ministeriale. Il flusso è centralizzato a livello regionale e unico per tutte le aziende sanitarie e consente di seguire l’iter della pratica del sinistro dalla sua apertura fino alla conclusione degli eventuali procedimenti civili e penali. L’inserimento dei dati per tutto l’iter di un sinistro è a carico delle strutture Affari Legali e Affari Generali di ciascuna Azienda Sanitaria. I contenuti del flusso informativo, dalla data di pubblicazione del D.M. 11/12/2009, sono stati più volte rivisti dal Gruppo Tecnico delle Regioni, per renderli più aderenti alle esigenze locali e di maggiore agevolezza nella ricerca dei dati.
I4 Attività	Nel 2024 è stata elaborata Procedura Aziendale “Gestione del contenzioso” che ha introdotto il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale per la valutazione precoce dei sinistri in entrata. La procedura è stata diffusa al personale dirigente mediante corso obbligatorio che ha visto la partecipazione di 311 discenti. Il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale, di nuova istituzione, si è riunito con cadenza quindicinale, salvo assenza di casi da discutere.

ELENCO ALLEGATI: tutti i documenti citati nel testo sono pubblicati sul sito Intranet aziendale nella sezione rischio clinico o nelle sezioni dedicate (ad es. CIO)

La Spezia, 30/5/2025



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



Piano Aziendale

Gestione del Rischio Clinico

2025 - 2026

INDICE

1. Premessa 3

2. Il Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico 3

3. Il Contesto organizzativo 3

4. Il contesto esterno e gli elementi socio-demografici 6

5. Il contesto interno 6

6. Le risorse e la produzione 7

7. I risultati dell’autovalutazione della Gestione del Rischio Clinico (CARMINA).....10

 7.1 Risultati anno 2024.....10

8. Piano delle azioni e dei progetti per la sicurezza dei pazienti per il biennio 2024-25.....12

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 alla **S.C. Governo Clinico e Risk Management**, 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 dall'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, 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 Socio-Sanitaria Ligure 5 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.

L'Azienda per assistere la popolazione dei 29 Comuni della Provincia della Spezia, afferenti per competenza ad ASL5, si articola in 3 Distretti territoriali per una popolazione complessiva pari a 212.326.



- **Distretto 17**, con una popolazione complessiva di 37.067, che comprende 19 Comuni, di cui: 7 Comuni della Riviera (Bonassola, Deiva Marina, Framura, Levanto, Monterosso, Riomaggiore, Vernazza), 9 Comuni della Bassa e Media Val di Vara (Beverino, Bolano, Borghetto Vara, Brugnato, Carrodano, Follo, Pignone, Riccò del Golfo, Rocchetta Vara,) e 3 Comuni dell'Alta Val di Vara (Calice al Cornoviglio, Sesta Godano e Zignago).
- **Distretto 18**, con una popolazione complessiva di 105.334, che comprende 3 Comuni nel Golfo: La Spezia, Lerici e Portovenere.
- **Distretto 19**, con una popolazione complessiva di 69.925, che comprende 7 Comuni della Val di Magra: Ameglia, Arcola, Castelnuovo Magra, Luni, Santo Stefano Magra, Sarzana e Vezzano Ligure.

I 3 Distretti provvedono a valutare i bisogni e le domande di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali; assicurare l'accesso integrato ai servizi e alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali; erogare prestazioni e servizi di base secondo modalità definite dalla programmazione aziendale e dal programma delle attività territoriali.

Nel singolo Distretto si realizzano il coordinamento e l'integrazione delle attività svolte dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta e dalle Farmacie convenzionate con le prestazioni e i Servizi erogati dalle Strutture a gestione diretta del Distretto, nonché dai Centri Erogatori accreditati, dagli Ambulatori e Strutture Territoriali accreditate.

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'Assistenza territoriale, svolta nei 3 Distretti, è fortemente integrata con l'Assistenza Ospedaliera e l'Attività Tecnico Amministrativo aziendale. L'Assistenza Territoriale comprende anche i Servizi e le attività di Prevenzione della salute alla persona e alla Comunità, di diagnosi e cura in ambito ambulatoriale e domiciliare.

La direzione, il coordinamento e l'integrazione dei livelli assistenziali e di supporto sono assicurati dal modello organizzativo Dipartimentale.

A tal fine, ASL5 ha attivato complessivamente 9 Dipartimenti, di cui sei afferenti alla Direzione Sanitaria (Dipartimento di Prevenzione, Emergenza Urgenza, Medico, Chirurgico, Oncologico, Servizi Sanitari e Salute Mentale e SERD), due afferenti alla Direzione Sociosanitaria (Dipartimento Salute mentale e dipendenze e Dipartimento Cure Territoriali) e uno afferente alla Direzione Amministrativa (Dipartimento Tecnico-Amministrativo). I Dipartimenti sono articolati in Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici, contraddistinte da specifiche connotazioni specialistiche e gestionali, finalizzate al raggiungimento di obiettivi definiti dalla Direzione Aziendale.

L'Assistenza ospedaliera è svolta nel Presidio Ospedaliero del Levante Ligure, articolato in 2 stabilimenti ospedalieri:

- **Ospedale S. Andrea** della Spezia
- **Ospedale San Bartolomeo** di Sarzana

Inoltre, nel territorio del Comune di Levanto, è presente la Struttura Sociosanitaria (ex Ospedale S. Nicolò)

con posti tecnici della S.C. Nefrologia per il Servizio Dialisi e un Punto di Primo Intervento (PPI), nonché i Servizi e le Attività del Distretto 17.

L'Azienda nell'Area ospedaliera opera in rete con il Presidio Unico del Levante Ligure a gestione diretta e Strutture sanitarie private accreditate a contratto, in particolare:

- Casa di Cura Alma Mater in La Spezia, convenzionata nelle discipline di ortopedia, chirurgia, dermatologia e oculistica,
- IRCCS Don Gnocchi in La Spezia, convenzionato per la riabilitazione.

Il Presidio Unico del Levante Ligure presenta un Dipartimento di Emergenza Urgenza di primo livello presso l'Ospedale S. Andrea, un Pronto Soccorso presso l'Ospedale San Bartolomeo e un Punto di Primo Intervento presso l'Ospedale S. Nicolò.

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (già Azienda Sanitaria Locale n.5 Spezzino) 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 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

Da una elaborazione di dati ISTAT riferiti al 1° gennaio 2024, la popolazione assistibile vive su una superficie di circa 666,54 Km². Nel capoluogo La Spezia risiedono 94.174 abitanti (*Fonte: Istat - Popolazione residente al 30 Aprile 2024 (<http://www.demo.istat.it/>)*).

Un dato che sta assumendo sempre maggiore importanza, nel profilo demografico spezzino, è la presenza di stranieri: al 1° gennaio 2024 risultavano 21.396 residenti stranieri, che rappresentano il 9,9% della popolazione residente (sono da considerarsi stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia).

L'Azienda svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso la prevenzione e i servizi di diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione avvalendosi anche di soggetti accreditati e convenzionati con la Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.

5. Il contesto interno

Il Servizio Sanitario Regionale, negli ultimi anni, è stato caratterizzato da uno stato 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 – alla pandemia Covid-19 e all'introduzione di rilevanti novità normative.

In questo quadro di riferimento si sono successivamente inseriti i finanziamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) con cui l’Azienda sta sostenendo 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 della Spezia.

La ASL 5 ha quindi da tempo avviato un significativo progetto di riorganizzazione e sviluppato azioni - nel medio-lungo periodo – finalizzate 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 sociosanitari del cittadino e di gestione dei percorsi con conseguente riorganizzazione delle attività ospedaliere.

Nel 2024 è stato approvato il nuovo Piano Organizzativo Aziendale, caratterizzato da una parziale rivisitazione dell’organizzazione aziendale attraverso l’attivazione di nuove Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici, la ridefinizione delle competenze di alcune Strutture, lo spostamento/accorpamento di funzioni, la copertura di posizioni dirigenziali vacanti o di nuova istituzione.

6. Le Risorse e la Produzione (anno 2024) Fonte dati PIAO 25-27

6.1 Le Risorse

I posti letto ospedalieri direttamente gestiti dal Presidio Ospedaliero dell’Asl 5 sono rappresentati da 461 unità a cui si aggiungono 122 posti letto convenzionati.

I Posti Letto al 01/01/2025 sono:

	S. Andrea			S. Bartolomeo			Totale PPLL		
	Tot	Acuti	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung	Tot	Acuti	Riab/Lung
Ordinari	202	202	0	208	178	30	410	380	30
DH	25	23	2	11	9	2	36	32	4
DS	11	11		4	4		15	15	
Totale	238	236	2	223	191	32	461	427	34
OBI	11			4			15		

Alma Mater La Spezia	Gennaio 2025			
Unità operativa	p.l. degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
CHIRURGIA GENERALE	4	1		5
MEDICINA GENERALE	10	10		
OCULISTICA				1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	1		14
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	1		2
CURE INTERMEDIE	12			
TOTALE	38			22

IRCCS Don Gnocchi	Gennaio 2025			
Unità operativa	p.l. degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
RECUPERO E RIAB.FUNZIONALE – DON GNOCCHI	61	9	8	
NEURORIABILITAZIONE – DON GNOCCHI	23			
TOTALE	84		8	

Fonte: Flusso Posti Letto

Le attività e i servizi territoriali di ASL5, dislocati su tutto il territorio sono principalmente erogati da Dipartimenti (Cure Territoriali, Salute Mentale e Dipendenze, Oncologia e Emergenza 118). L’Azienda opera anche con l’ausilio di 45 strutture convenzionate.

Tipo struttura	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio materno-infantile	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza agli anziani ***	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici
Ambulatorio e laboratorio	4	8						3	
Struttura residenziale					4	2	22	8	
Struttura semiresidenziale					1	2	2	8****	

Tipo di struttura	Posti letto Assistenza agli anziani	Posti letto Assistenza ai disabili fisici **	Posti letto Assistenza ai minori*
Struttura residenziale	596	107	9
Struttura semi-residenziale	15	68	3

*i posti letto assistenza ai minori sono riferiti agli inserimenti presso strutture liguri ed extra- regionali

- **i posti si riferiscono alle strutture liguri di cui ASL5 è capofila e alle strutture extra-regionali dell'Ente gestore Cardinal Maffi
- ***sono ivi incluse anche le Strutture liguri in cui ASL5 non è capofila, nonché i contratti aziendali regionali ed extraregionali
- **** gli utenti inseriti nelle strutture per disabili sono misti (fisici e psichici)

L'anno 2024 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a 2710 dipendenti (di cui 2535 dipendenti a tempo indeterminato oltre 4 Direttori Aziendali , 52 dipendenti a tempo determinato, 86 Medici SUMAI, 2 lavoratori interinali e 31 contratti libero professionali (COLIPRO).La consistenza del personale negli ultimi anni (dal 2021 al 2024 periodo post COVID) ha visto un incremento massivo in particolare a seguito dell'internalizzazione del servizio OSS e dei processi di stabilizzazione post COVID per cui risulta un aumento del personale a tempo indeterminato di 416 unità (raffronto tra 2021 e 2024) di cui 252 OSS.

6.2 La Produzione

Area Ospedaliera

Nel 2024 i ricoveri ordinari sono stati 17.914 e i ricoveri diurni 3510.

Area Pronto Soccorso

Tab. 1 Accessi Pronto Soccorso

PS di Accettazione	Accessi totali
PS LA SPEZIA	44.290
PS PEDIATRICO	5.716
PS SARZANA	28.389
PPI - LEVANTO	2.891
Totale Accessi	81.286

Tab. 2 Accessi PS per codice colore al triage

PS di Accettazione	BIANCO	VERDE	AZZURRO	ARANCIONE	ROSSO	NERO
PS LA SPEZIA	3.056	16.147	13.456	10.187	1.444	
PS PEDIATRICO	90	4.778	819	27	2	
PS SARZANA	1.270	13.405	9.020	4.097	594	3
PPI - LEVANTO	682	1.751	367	82	9	
Totale Accessi	5.098	36.081	23.662	14.393	2.049	3

Area Territoriale

Ospedale di comunità (2024)

- il numero di ricoveri al mese è aumentato da 12 a 13;
- la degenza media è stata di 35 giorni ;
- rientri al domicilio 67% con contemporanea riduzione degli ingressi in RSA (da 18 a 12%)
- netta diminuzione dei ricoveri ospedalieri intradegenza (da 15 a 6,5%) associati alla riduzione della mortalità (dall'11 al 3%).

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

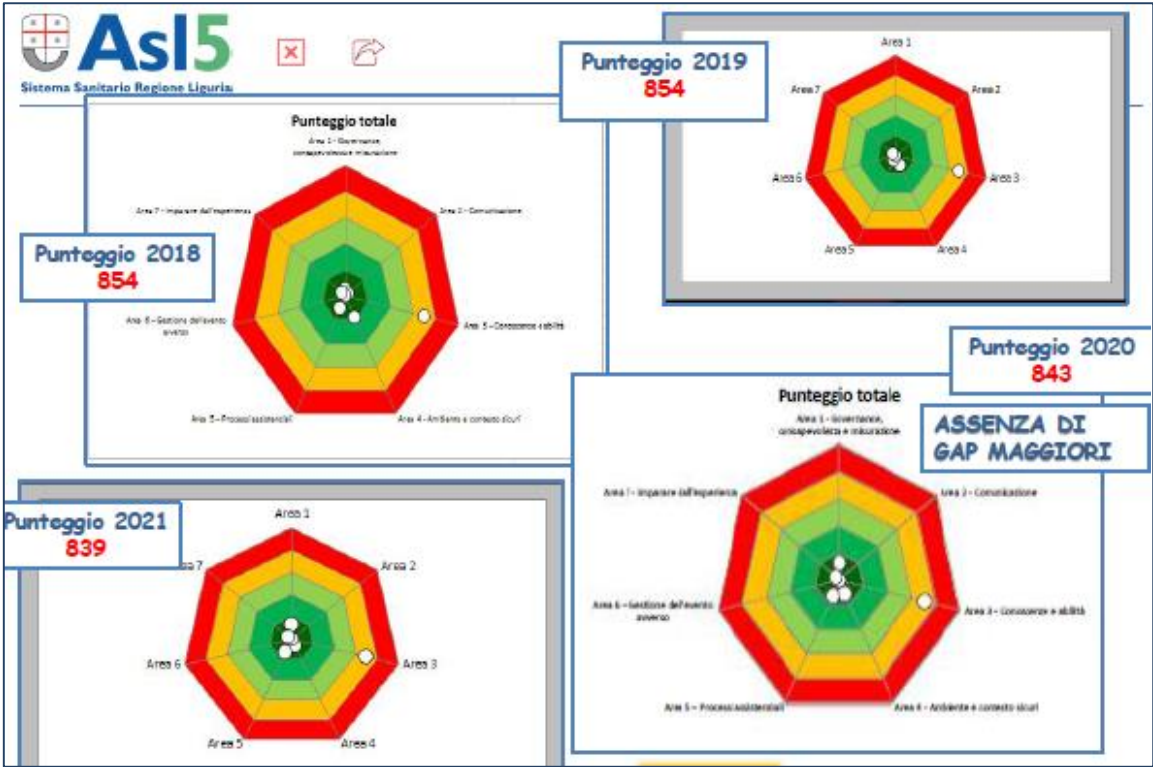
7.1 Risultati ANNO 2024

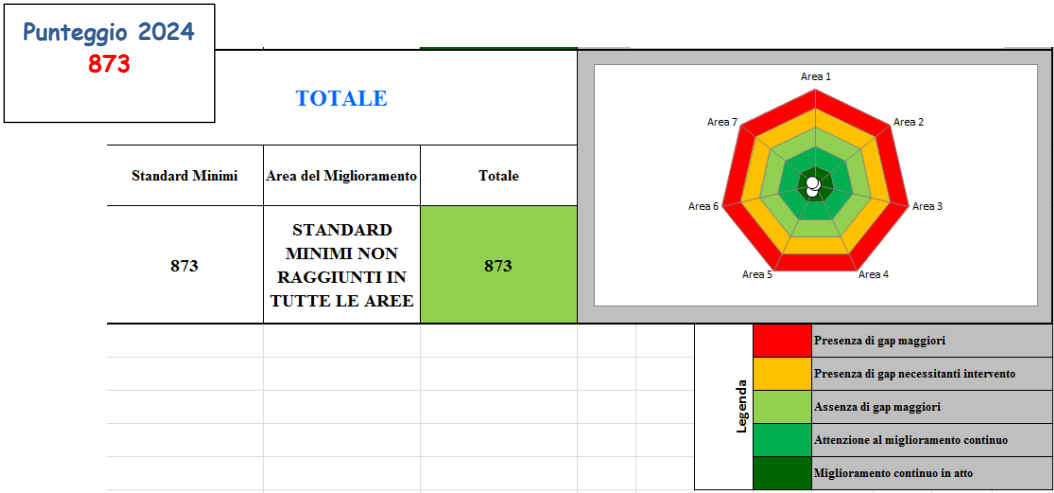
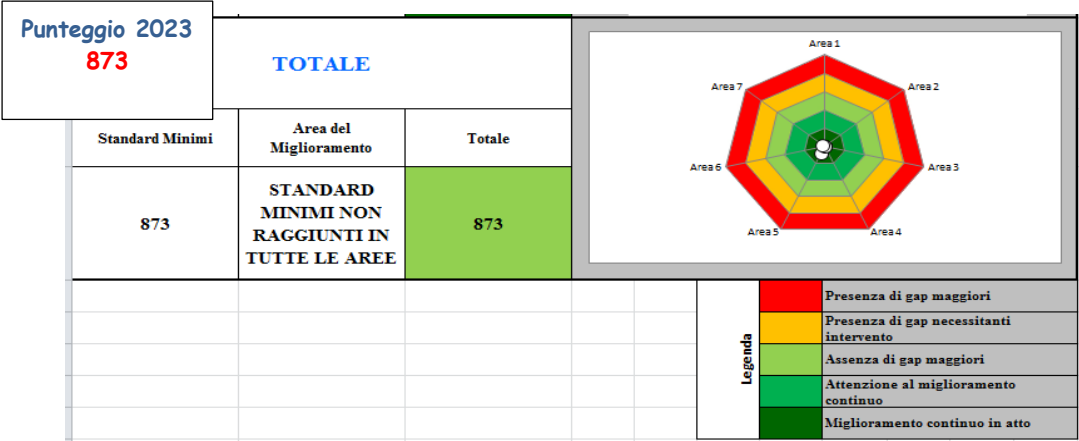
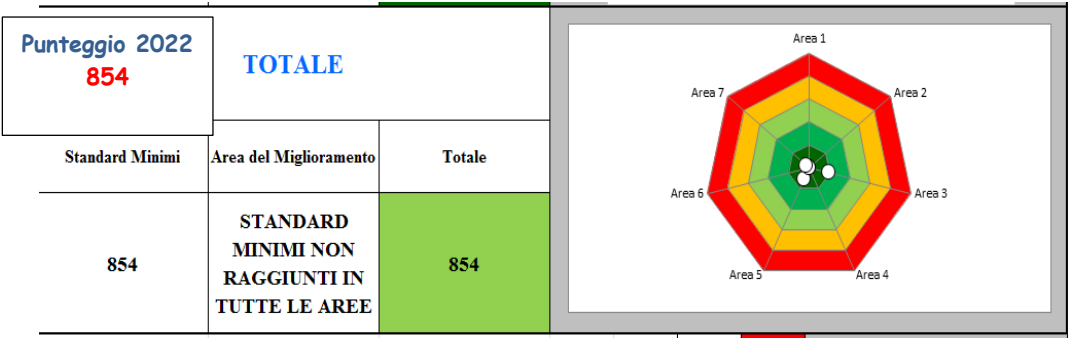
La autovalutazione CARMINA ha evidenziato assenza di gap maggiori e un punteggio complessivo pari a 873.

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

L'unica carenza è nell'area dei processi assistenziali relativamente al monitoraggio delle LDP di nuova insorgenza che non copre tutte le strutture ma solo l'area medica.

Nelle immagini sotto, l'andamento dal 2018 al 2024 mette in evidenza un miglioramento costante.





**PIANO DELLE AZIONI
E DEI PROGETTI
PER LA SICUREZZA
DEI PAZIENTI
PER IL BIENNIO 2025-26**

Premessa

La Gestione del Rischio Clinico è una funzione strategica e trasversale che supporta l’intera organizzazione aziendale, contribuendo al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Non si limita alla prevenzione degli errori, ma promuove una cultura della sicurezza, generando fiducia e valore per il sistema sanitario.

Il Piano 2025-2026 si colloca all’interno del PIAO aziendale e ne rappresenta un’estensione operativa nelle aree della sicurezza, formazione, benessere organizzativo e sostenibilità. Le azioni previste sono state definite a partire da un’autovalutazione condotta con il modello CARMNA, articolandosi in sette ambiti principali. Alcune iniziative, contrassegnate con O.B.2025, coincidono con obiettivi di budget affidati alla S.C. Governo Clinico e Risk Management.

Il Piano rafforza attività già in corso come audit clinici, gestione di eventi sentinella, applicazione delle raccomandazioni ministeriali e promozione di buone pratiche. Si inserisce inoltre nel contesto degli obiettivi del PNRR, con particolare attenzione a innovazione digitale, formazione e valorizzazione del personale.

In un sistema sanitario sempre più integrato e territoriale, la gestione del rischio si configura come una responsabilità condivisa, orientata alla creazione di ambienti sicuri, riflessivi e in grado di apprendere, dove tutti possano agire con competenza e consapevolezza.

AREA 1. Area Governance, consapevolezza e misurazione OBIETTIVI: A. Garantire 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 – Mantenimento attività di benchmarking con altre aziende sanitarie attraverso il Programma Nazionale Esiti e il Sistema di valutazione delle performance del Laboratorio MES della Scuola Superiore S. Anna ATTIVITÀ 2 – Creazione di un report qualità e sicurezza per ciascuna SC/SSD clinica ATTIVITÀ 3 – Attività di supporto e coordinamento per l’adesione al network Bollino Rosa per il biennio 2026-2027 ATTIVITÀ 4 – Attività di supporto accreditamento di eccellenza S.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
METODOLOGIA E STRUMENTI ➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 –2 Produzione report ATTIVITÀ 3 – Sub-mission della candidatura entro il 31/05/2025 ATTIVITÀ 4 – Supporto alla preparazione e partecipazione alla visita degli Auditor in data 11/06/2025
VALORE ATTESO Non applicabile
RISORSE E RESPONSABILITA’ DMPO, Qualità e Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico, CCD, Direzione Sanitaria, SSCC/SSD incluse nella valutazione del Bollino Rosa, S.C. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico e Report qualità e sicurezza

AREA 2: Comunicazione OBIETTIVI: A. Migliorare la qualità e l’accuratezza della compilazione della documentazione clinica durante il ricovero B. Migliorare l’efficacia della comunicazione e del trasferimento delle informazioni all’interno del team di cura
ATTIVITÀ 1 – Formazione e implementazione operativa cartella clinica elettronica (OB 2025) ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio qualità documentazione sanitaria (PS e Ortopedia) (OB 2025) ATTIVITÀ 3 – Personalizzazione e Implementazione software per la gestione del rischio clinico e la gestione documentale (taleteweb)
METODOLOGIA E STRUMENTI ➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 –Report sul processo di implementazione ATTIVITÀ 2 - utilizzo software da parte degli operatori della S.C. Governo Clinico e Risk Management e degli altri utenti
VALORE ATTESO Non applicabile
RISORSE E RESPONSABILITA’ Gestione del Rischio Clinico, DMPO, SC Pianificazione e Qualità e Accreditamento, Formazione, SC Professioni Sanitarie, Sistemi Informativi Aziendali (SIA), SS.CC./SSD
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 3. Conoscenze e Abilità OBIETTIVI: A. Contribuire a migliorare conoscenze e abilità degli operatori
ATTIVITÀ 1 – Creazione GDL e programmazione attività per il miglioramento della sicurezza diagnostica ATTIVITÀ 2 – Elaborazione procedura e allestimento kit di orientamento neo assunto/neo inserito ATTIVITÀ 3 – Creazione fascicolo personale informatizzato
METODOLOGIA e STRUMENTI ➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – organizzazione incontri , focus group, analisi survey sui professionisti sanitari attivi e sui cittadini, workshop per la definizione di strategie per migliorare la pratica e la comunicazione con gli utenti ATTIVITÀ 2 – organizzazione corso FAD ATTIVITÀ 3 – partecipazione al gruppo di lavoro e identificazione dei contenuti del fascicolo personale relativi alla formazione e al rischio clinico
VALORE ATTESO Non applicabile
RISORSE E RESPONSABILITÀ Gestione del Rischio Clinico, Sistemi Informativi Aziendali (SIA), Gestione Risorse umane, Ufficio Stampa, URP, Qualità, Formazione, Anticorruzione Affari generali e legali
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 B. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la salvaguardia della sicurezza degli operatori sanitari
ATTIVITÀ 1 – Monitoraggio mensile comportamenti e percorsi con lo scopo della prevenzione delle ICA (OB 2025) ATTIVITÀ 2 – Elaborazione vademecum su iter giudiziario in caso di aggressioni ATTIVITÀ 3 – Elaborazione cartellonistica per la prevenzione delle aggressioni rivolta ad utenti ed operatori sanitari ATTIVITÀ 4 – Pubblicazione e condivisione procedura per la prevenzione agli atti di violenza per gli operatori sanitari e socio sanitari ATTIVITÀ 5 – Organizzazione Giornata nazionale di educazione violenza ai sanitari (12 Marzo) ATTIVITÀ 6 - Organizzazione Giornata mondiale Igiene delle mani (5 maggio) ATTIVITÀ 7 - Organizzazione Giornata mondiale Sicurezza dei pazienti (17 Settembre)
METODOLOGIA e STRUMENTI ➤ Focus group
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Report mensile ATTIVITÀ 2 – Pubblicazione del vademecum ATTIVITÀ 3 – Diffusione della cartellonistica ATTIVITÀ 4 – Procedura aggiornata e sua diffusione ATTIVITÀ 5, 6, 7 – Report sulla campagna interna e esterna
VALORE ATTESO Non applicabile
RISORSE E RESPONSABILITÀ Gestione del Rischio Clinico, DMPO, Qualità e Accreditamento, SC Professioni sanitarie, ditta trasporti intraospedalieri, Medicina Preventiva, Affari generali e legali, RSPP, Ufficio Stampa
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 5. Processi assistenziali
OBIETTIVI: A. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la progettazione, il monitoraggio e la valutazione dei percorsi assistenziali
ATTIVITÀ 1 – Elaborazione/revisione di PL, PDTA, procedure, ecc (KCI, vittime di violenza, dimissione con Nutrizione artificiale, Iniezioni intravitreali, esami microbiologici su protesi, screening MRSA/MSSA) ATTIVITÀ 2 – Osservazione diretta su igiene mani e uso dispositivi ATTIVITÀ 3 – Partecipazione alla redazione del PEIMAF (OB 2025) ATTIVITÀ 4 – Supporto all’organizzazione della formazione per MMG (OB 2025) ATTIVITÀ 5 – Proseguimento monitoraggio ferita del sito chirurgico ATTIVITÀ 6 – Introduzione monitoraggio ICA in terapia intensiva (OB 2025) ATTIVITÀ 7 – Supporto nell’elaborazione di regolamento per la gestione delle liste di attesa operatorie (OB 2025) ATTIVITÀ 8 – Supporto nell’elaborazione di regolamento di comportamento nel BO (OB 2025)
METODOLOGIA e STRUMENTI ➤ Gruppi di lavoro ad hoc ➤ Incontri di formazione/informazione
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Elaborazione e diffusione PL, PDTA, Procedure, ecc ATTIVITÀ 2 – Report periodico ATTIVITÀ 3 – Partecipazione al corso ATTIVITÀ 4 – Erogazione corsi ATTIVITÀ 5 – Invio monitoraggio su helics win ATTIVITÀ 6 – Condivisione del protocollo di monitoraggio ISS e supporto nell’applicazione ATTIVITÀ 7 – 8 Elaborazione e diffusione regolamenti

VALORE ATTESO Non applicabile
RISORSE E RESPONSABILITÀ Gestione del Rischio Clinico, SC Professioni sanitarie, Qualità e Accreditamento, Formazione, Comitato infezioni ospedaliere, DMPO, SSCC/SSD dipartimenti ospedalieri
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

ATTIVITA' FORMATIVE PREVISTE PER IL 2025 in MATERIA DI RISCHIO CLINICO

Nel piano della formazione per il 2025 l'attività di formazione in materia di rischio clinico prevede:

- Corso FAD sulla gentilezza nelle attività sanitarie
- Corso ICA (modulo B, PNRR missione 6)
- Corso su cartella clinica elettronica

La Spezia, 5 Giugno 2025



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

La presente copia e' conforme all'originale depositato presso gli archivi dell'Azienda

D7-7F-C0-31-72-97-88-7D-5F-E0-DC-63-6F-02-B6-B6-23-85-03-44

PAdES 1 di 1 del 06/08/2025 13:04:57

Soggetto: MICAELA LA REGINA

S.N. Certificato: 5AFE5D80

Validità certificato dal 24/06/2024 08:47:32 al 24/06/2027 08:47:32

Rilasciato da ArubaPEC S.p.A.
