

RELAZIONE DI ATTIVITA’ GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE ANNO 2016

Sommario

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE	2
COMUNICAZIONE.....	4
FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA’	5
SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE.....	6
IMPARARE DALL’ESPERIENZA:GESTIONE SINISTRI.....	12
ELENCO ALLEGATI.....	12

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

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

<p>G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)</p>	<p>L'Unità di Gestione del Rischio dell'ASL 5 è stata istituita con delibera del DG n. 881 del 11/10/2006. La delibera n. 1154 del 28/11/2008 ha parzialmente modificato la composizione dei membri e rinominato il referente aziendale. La delibera n. 314 del 20/4/2010 ha conferito al referente l'incarico di Responsabile della SS Risk Management, inserita all'interno dello staff nella SC Clinical Governance, incarico rinnovato con del. 135 del 20/2//2014. Con delibera 395 del 14 maggio 2015 la composizione dei membri dell'UGR viene ulteriormente modificata, prevedendo come invitati permanenti i Direttori di Dipartimento e un Rappresentante delle Associazioni di Tutela dei cittadini. Dal 2017 sarà presente nell'UGR anche un rappresentante dei MMG (delibera in corso di definizione). Il 28/12/2015 è stato assegnato un Dirigente Medico alla Struttura Risk Management, con ingresso in servizio dopo congedo di maternità il 19 settembre 2016 (del. N. 321 14/4/2016).</p>
<p>G2 Gruppo Operativo UGR</p> <p>G2.1. N. Incontri gruppo operativo UGR</p> <p>G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza</p>	<p>Il Gruppo operativo UGR è stato istituito con delibera n. 959 del 10 novembre 2016, contestualmente all'aggiornamento dell'elenco dei Referenti aziendali del rischio clinico per il comparto e la dirigenza.</p> <p>Il gruppo operativo UGR si è riunito due volte dalla sua istituzione. Sono stati programmati 3 incontri annuali dell'UGR (gruppo operativo compreso).</p> <p>I referenti aziendali vengono riuniti in seduta plenaria una volta l'anno, al momento della presentazione del piano organizzativo e incontrati più volte durante l'anno nei momenti formativi dedicati, nell'ambito dei gruppi di lavoro finalizzati ai progetti e in occasione degli audit clinici. La strategia di comunicazione costante con la rete dei referenti è basata sulla piattaforma Intranet e la posta elettronica</p>
<p>G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio clinico</p>	<p>Il piano 2016/2017 è stato approvato con delibera n. 581 del 29/6/2016. Gli obiettivi prefissati per il 2016-17 erano: 1. Revisione/produzione protocolli clinici interni delle SSCC; 2. Supporto tecnico ad Audit Clinici (da inserire negli obiettivi di Budget, almeno 1 per struttura); 3. Monitoraggio cartelle cliniche relativamente alla STU (RM, DSPO); 4. Revisione Procedura identificazione paziente per la criticità Assistito Sconosciuto (PS, SIA, Qualità, DSPO, RM); 5. Revisione Check List S.O. cartacea e successiva informatizzazione (BO, SIA, RM); 6. Approvazione Regolamento Sale Operatorie; 7. Produzione Protocolli inter-aziendali hub-spoke per prestazioni di alta specialità non disponibili presso ASL5 (RM, Direttori SSCC, DSPO); 8. Adesione al Progetto di elaborazione di Linee Guida con il metodo internazionale GRADE (coordinato da Medicina Interna La Spezia, in collaborazione con Università dell'Insubria, Università di Milano, International GRADE Working Group, co-finanziato da Fondazione CARISPEZIA)</p>

<p>G4 Eventi avversi / quasi eventi</p> <p>G4.1 Incident reporting (IR):</p> <p>G4.1.1 segnalazione, G4.1.2 analisi e gestione G4.1.3 misurazione IR</p> <p>G4.2 Misurazione cadute G4.3 Misurazione Lesioni da Pressione (LDP) G4.4 Segnalazione microrganismi Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)</p>	<p>Nel 2016, grazie anche ai corsi di formazione ai neoassunti, è cresciuto il numero di Incident Reporting da 7 nel 2015 a 20 nel 2016, la maggior parte delle segnalazioni sono state effettuate da dirigenti medici e sono risultate relative a errore identificazione del paziente, a ricoveri ordinari, e sono avvenute nel turno del mattino.</p> <p>Nel 2016 l'Azienda ha attivato dei sistemi di monitoraggio dei seguenti eventi avversi: cadute dei pazienti (in totale 283), infezioni correlate all'assistenza (dato in corso di analisi), aggressioni (in totale 27, così distribuite 12 Salute mentale, 8 dip medico, 3 dip emergenza, 2 dip. cure primarie, materno-infantile, chirurgico). Per quanto riguarda il monitoraggio delle lesioni da decubito è in corso di attivazione un progetto dedicato, in collaborazione con le Professioni Infermieristiche.</p>
<p>G5 Eventi sentinella</p> <p>G5.1. Misurazione eventi sentinella</p>	<p>Nessuna segnalazione</p>
<p>G6 Gestione sinistri</p> <p>G6.1. Misurazione sinistri</p>	<p>Nel 2016 sono stati processati 60 sinistri (nel 2015: 103) così ripartiti</p> <p><u>Periodo</u> 2006: 2; 2008: 1; 2010: 1; 2012: 3; 2013: 7; 2014: 12; 2015: 17; 2016: 17</p> <p><u>Struttura</u> Cardiologia: 1; Chirurgia: 11; Medicina: 1; Neurologia: 2; Ortopedia: 19; Ostetricia: 5; ORL: 1; Pediatria: 1; PS: 10; Psichiatria: 1; Radiologia: 3; Urologia: 1</p> <p><u>Categoria Eventi</u> E. chirurgici: 23; E. diagnostici: 9; E. terapeutici: 7; Infezioni: 6; Cadute: 4; Smarrimenti: 3; Danneggiamento a persona: 1; E. anestesilogici: 1; Altro: 6 (4 tutela legale del personale sanitario)</p>

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	<p>Il sistema di comunicazione interno in materia di rischio clinico è rappresentato da una pagina dedicata di Intranet e dalla mail aziendale.</p> <p>Per quanto riguarda la comunicazione esterna, l'azienda ha esplicitato le metodologie di informazione in materia di rischio clinico per cittadini e pazienti in un documento pubblicato sul sito ASL. L'informazione avviene prevalentemente attraverso il sito internet, nonché mediante la produzione di poster e brochure dedicate nei reparti e servizi (rischio di infezioni correlate all'assistenza e rischio cadute in ospedale). E' previsto un incontro formale con la partecipazione di un rappresentante dei cittadini/pazienti alla riunione annuale dell'UGR.</p>
C2 Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni	<p>Tutti gli aggiornamenti sono prontamente pubblicati su intranet e inviati via email ai referenti del rischio presenti in ogni reparto/dipartimento.</p> <p>Per la procedura "Ricognizione/riconciliazione farmacologica" e la procedura "Read-back" la diffusione è stata effettuata mediante incontri <i>ad hoc</i> effettuati in tutte le SC coinvolte da parte del Risk Manager.</p>
C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo	<p>La diffusione di procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo avviene via email, inviate dal RM ai referenti del rischio clinico e/o ai componenti dei vari gruppi di lavoro. L'Azienda verifica l'efficacia della comunicazione adottata rispetto a procedure, protocolli e indicazioni operative per alcuni aspetti annualmente, per altri ogni 2-3 anni (es. annualmente, lavaggio delle mani e dell'isolamento dei pz con germi MDR o Panresistenti, compilazione consensi, modulo privacy, scheda dolore, check list SO; armadio farmaci, compilazione STU, check-list carrelli emergenza ogni 2-3 anni).</p>
C4 Debito informativo aziendale	Assolto secondo le date previste

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'

Attività di formazione e valutazione svolte a livello aziendale e interaziendale

F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale	<p>Nel 2016 sono stati effettuati i seguenti progetti formativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giornata dell’Audit Clinico (1 edizione) formati 38 discenti - Corso interattivo “Discussione di casi clinici su raccomandazioni ministeriali e gestione riduzione eventi avversi nel Dipartimento Chirurgico”(2 edizioni) formati 58 discenti - Corso interattivo “La Gestione del Rischio Clinico in Chirurgia” (3 edizioni) formati 111 discenti <p>La partecipazione a uno dei due corsi è stata resa obbligatoria per il 70% del personale del Dipartimento Chirurgico (obiettivo di budget).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corso base di Gestione del Rischio clinico: formazione rivolta al neoassunto (4 edizioni) formati 189 discenti. <p>Inoltre, sono state effettuate relazioni con approfondimento sul Risk Management nell’ambito di Corsi organizzati da altre Strutture, quali Terapia con antiblastici, Farmacovigilanza, Raccomandazioni in Area Psichiatrica, Infection Control.</p>
F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali	<p>In corso di strutturazione, attualmente basata sugli Audit di Sistema effettuati dall’Ufficio Qualità, sugli incident reporting, sull’analisi dei sinistri e dei reclami, sul controllo diretto dei referenti del rischio clinico</p>
F3 Promozione dell’igiene delle mani	<p>Il GOCIO aziendale ha prodotto una istruzione operativa, pubblicata e distribuita in formato elettronico (file scaricabile) sull’interfaccia web (intranet) del sito Comitato Infezioni Ospedaliere. La promozione è stata effettuata mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l’affissione delle 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. la disposizione dei dispenser contenenti la soluzione idro-alcolica in prossimità delle zone in cui è erogata l’assistenza (punti di cura). <p>In occasione di corsi aziendali ed incontri con il personale in servizio, neoassunti, studenti del corso di laurea in infermieristica e bambini delle elementari è stata promossa l’implementazione sulle corrette modalità di lavaggio mani utilizzando supporti audiovisivi, un box pedagogico e un role playing con il cacao ispirato a quello proposto dalla Dr.ssa Grazia Tura.</p>
F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all’introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza	<p>Non previsti</p>
F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta	<p>La valutazione del rischio di caduta viene effettuata mediante scala di Conley; la prevenzione mediante informativa rivolta a pazienti e familiari (posters distribuiti a tutte le SC) e la promozione di un ambiente sicuro (letti ad altezza regolabile con spondine e fermo, segnalazione pavimento bagnato, ecc).</p>
F6 BLS e PBLSD	<p>L’Azienda richiede agli operatori il corso BLS/PBLSD ogni 2 anni/operatore</p>
F7 Definizione profilo di competenze e sua valutazione	<p>Per quanto riguarda il personale sanitario non esistono i profili di competenze. Occorre definire le modalità della mappa delle competenze (progetto da affidare a gruppo di lavoro aziendale, identificato dalla DIREZIONE) L’assegnazione dei compiti clinico assistenziali è a carico dei direttori e dei CI.</p>
F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver	<p>Non esiste al momento un’istruzione operativa sulle modalità di educazione terapeutica al paziente e caregiver. Tale processo è effettuato in maniera autonoma e non standardizzata dalle diverse SC.</p>

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

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

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

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

S1.12 Raccomandazione 12 – Ago. 2010 <i>Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “lookalike/sound-alike”</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.13 Raccomandazione 13 – Nov. 2011 <i>Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.14 Raccomandazione 14 – Ott. 2012 <i>Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.15 Raccomandazione 15 – Febb. 2013 <i>Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso</i>	Procedura aziendale (RACCOMANDAZIONE PUBBLICATA) Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura (inviata raccomandazione) Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
S1.16 Raccomandazione 16 – Apr. 2014 <i>Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.17 Raccomandazione 17 – Dic. 2014 <i>Riconciliazione della terapia farmacologica</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

S2 Sviluppo di buone pratiche	
S2.1 Audit Clinici accreditati ECM	<p>Nel 2016 sono stati effettuati, con il supporto della SS Risk Management, i seguenti Audit Clinici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endocardite infettiva (SC Cardiologia Clinica e Riabilitativa e SC Malattie infettive) - Fine vita (SC Medicina Interna 1) - Scheda terapeutica Unica (STU) (SC Medicina Interna 2) - Su di un caso di sdr di Moschcowitz (SC neurologia) - 2 Eventi avversi significativi in Radiologia (SC Radiologia 2) - Pancreatite acuta (Controllo di gestione – Risk management) <p>Tutti gli audit verranno presentati in un corso accreditato ECM che si terrà in data 7 giugno 2017 a La Spezia.</p>
<p>S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale</p> <p>S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica</p> <p>S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia</p> <p>S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria</p>	<p>L'Azienda utilizza uno strumento integrato ed unitario per la documentazione sanitaria rappresentato dalla cartella clinica organizzata per sezioni e standardizzata su tutte le degenze.</p> <p>Tale documento include campi definiti per le allergie e il foglio unico di terapia (STU). La cartella clinica informatizzata è in uso solo in Medicina Interna 1 e in Oncologia (La Spezia). La richiesta di consulenze è informatizzata su tutta l'Azienda.</p> <p>Annualmente la DMPO esegue un controllo a campione sulla documentazione sanitaria; periodicamente il CDG monitorizza l'utilizzo delle consulenze informatizzate.</p> <p>Risultati monitoraggio 2016: sono stati monitorati a campione, nel 10% dei ricoveri ospedalieri, il consenso all'intervento chirurgico o procedura invasiva, il consenso alla terapia con emoderivati, il registro operatorio, la check list di Sala Operatoria, la scheda del dolore, la lettera di dimissione, la presenza della copia del documento di identità in cartella. I dati sono disponibili nell'archivio informatico del Risk Management</p> <p>Esiste IO aziendale in merito alla corretta compilazione della STU. Nel 2016, in seguito ad un audit clinico, è stata elaborato un nuovo modello di STU, attualmente utilizzato solo nella SC Medicina 2. Redatta anche apposita istruzione operativa. La nuova STU è articolata su 7 giorni anziché 10, presenta una firma di convalida giornaliera del medico (fino alle ore 8 del giorno successivo), 3 orari concordati di somministrazione (4 per alcuni antibiotici) e una divisione in sezioni relative non solo alla via di somministrazione, ma anche alla tipologia di terapia. Di fatto sono state introdotte delle sezioni dedicate a terapie ad alto rischio, quali la terapia antibiotica, anticoagulante, antidiabetica.</p> <p>DSPO e RM effettuano controlli a campione. Un monitoraggio sulle STU è stato eseguito nel 2015 ed è previsto nel secondo semestre 2017, alla luce dell'implementazione della raccomandazione n.17</p> <p>Nell'ambito di tale buona pratica, nel 2016 sono stati eseguiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revisione check list sala operatoria con consensuale informatizzazione - aggiornamento del Sistema ormaweb per la gestione della sicurezza in sala operatoria - elaborazione di checklist dedicata per le procedure gastroenterologiche endoscopiche eseguite in sala operatoria - corsi di formazione (obiettivi di budget per il dip chirurgico) - sopralluoghi in sala operatoria per verificare l'adesione agli standard di sala <p>Il GOCIO ha effettuato numerosi sopralluoghi in sala operatoria per verificare l'adesione agli standard di sala. Sulla base dei sopralluoghi è stato stilato un documento condiviso per la prevenzione e la sorveglianza delle infezioni di sito chirurgico unitamente alla traduzione degli standard di sala dell'AORN in corso di ufficializzazione da parte dell'ufficio Qualità.</p>

S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili e Consensi Informati al trattamento Sanitario	La DSPO esegue controlli a campione. Vedi paragrafo S2.2.1
S2.3. Corretta identificazione del paziente	Nel 2016 è stata eseguita revisione della Procedura identificazione paziente per la criticità Assistito Sconosciuto (PS, SIA, Qualità, DSPO, RM) e avviato progetto di acquisizione del braccialetto elettronico.
S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Nel 2016 sono stati eseguiti 2 studi di prevalenza che dimostrano un trend in discesa delle ICA autoctone dal 6.2 % al 4.3 %, 50 safety walk-around per il monitoraggio dell'adesione al lavaggio mani e alle good practice. Gli interventi sono stati focalizzati nelle aree a maggiore endemia per pazienti colonizzati/infetti da germi MDRO, passando da 83 casi incidenti per KPC nel 2015, a 28 casi incidenti nel 2016.
S2.5. Igiene delle mani	Nel 2016 i safety walk around hanno documentato una adesione all'IO nel 55% dei casi e un consumo di gel alcolico di 11 litri.
S2.6. Prevenzione e gestione cadute	Il Risk Manager ha partecipato al Gruppo di Lavoro Regionale per la definizione della scheda regionale di segnalazione delle cadute, implementandola in Azienda. La Direzione Sanitaria di Presidio, in collaborazione con il SIA e il Risk Management, ha provveduto a inserire nel data base le schede di segnalazione cadute dal primo luglio al 31 dicembre 2016, inviando il flusso in Regione entro il 31/1/2017 Dopo adeguata formazione da parte del SIA e della DSPO (ed eventuale supporto tecnico nell'inserimento dei dati), dal 1/1/2017 le schede vengono compilate direttamente dal personale delle SSCC.
S2.7. Prevenzione della contenzione fisica	Nessun intervento in merito
S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)	In area medica sono stati effettuati, già negli anni scorsi, eventi formativi ECM sull'argomento ed è stato prodotto e diffuso un protocollo con scheda di monitoraggio da inserire nella modulistica aziendale. Non viene attualmente eseguita verifica dell'adesione al protocollo.
S2.9 Gestione del dolore	Nel 2016 è stata iniziata elaborazione Procedura aziendale per la misurazione del dolore nel paziente adulto e pediatrico.

S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali	<p>Sul sito Intranet aziendale sono pubblicati i seguenti PDTA:</p> <p>Progetto Breast Unit Appropriatezza Troponina - rev. 2014 PDTA Scopenso cardiaco Percorso cardiopatico complesso Protocollo prevenzione nefropatia da contrasto Ruolo del Cardiologo nel trauma toracico grave PDTA STEMI Linee Guida Ecocardiografia PDTA e linee guida per le sindromi coronariche acute NSTEMI PDTA Aziendale per la presa in carico dei pazienti con Scopenso Cardiaco Ipertiroidismo conclamato Ipotiroidismo conclamato Patologia nodulare Protocollo intervento chirurgico tiroide PDTA Neoplasia Mammaria PDTA Neoplasia Polmone PDTA Neoplasia Colon retto PDTA Mesotelioma pleurico PDTA Melanoma cutaneo PDTA Adenocarcinoma Prostatico PDTA Neoplasie Testa Collo ottobre 2014 Protocollo d'intesa ricovero traumi toracici</p> <p>Altri PDTA sono in corso di pubblicazione sul sito, ma presenti nelle varie UUOO</p>
S2.11 Percorso nascita	<p>Nel 2016 è stata avviata la revisione del Percorso Nascita</p>
S2.12 Buone pratiche AGENAS	<p>Nel 2016 sono state inviate ad AGENAS due buone pratiche dal titolo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ricognizione/riconciliazione farmacologica 2. Girovisita strutturato e non solo...

IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI

(IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

I 1 Organizzazione Gestione sinistri	Con delibera n.65 del 22 gennaio 2015 è stato istituito il Comitato gestione sinistri del Levante Ligure, composto secondo le indicazioni della delibera n. 101 del 31.1.2014 della giunta regionale della Liguria
I 2 C.G.S.(Comitato di Gestione Sinistri)	Il RM ha partecipato agli incontri interaziendali (ASL4-5) del comitato Gestione Sinistri, come evidenziabile dai verbali
I 3 Report Sinistri	Nel 2016 sono stati processati 60 sinistri (nel 2015: 103) così ripartiti Periodo 2006: 2; 2008: 1; 2010: 1; 2012: 3; 2013: 7; 2014: 12; 2015: 17; 2016: 17 Struttura Cardiologia: 1; Chirurgia: 11; Medicina: 1; Neurologia: 2; Ortopedia: 19; Ostetricia: 5; ORL: 1; Pediatria: 1; PS: 10; Psichiatria: 1; Radiologia: 3; Urologia: 1 Categoria Eventi E. chirurgici: 23; E. diagnostici: 9; E. terapeutici: 7; Infezioni: 6; Cadute: 4; Smarrimenti: 3; Danneggiamento a persona: 1; E. anestesiolgici: 1; Altro: 6 (4 tutela legale del personale sanitario)
I 4 Attività	Partendo dall'analisi dei sinistri, in ambito di risk management sono stati realizzati i seguenti interventi: Revisione modulo consegna dentiera e occhiali Formazione obbligatoria dipartimentale sulla sicurezza in chirurgia Revisione e diffusione della procedura sulla raccomandazione di prevenzione delle cadute Analisi degli eventi significativi tramite audit interni

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