

RELAZIONE DI ATTIVITA' GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE ANNO 2017

Sommario

<u>GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE</u>	2
<u>COMUNICAZIONE</u>	4
<u>FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'</u>	5
<u>SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E</u> <u>SVILUPPO DI BUONE PRATICHE</u>	7
<u>IMPARARE DALL'ESPERIENZA:GESTIONE SINISTRI</u>	133

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 nominato un nuovo 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. Tale incarico è stato rinnovato con del. 135 del 20/2//2014. Con delibera 395 del 14 maggio 2015 la composizione dei membri dell'UGR è stata ulteriormente modificata, prevedendo come invitati permanenti i Direttori di Dipartimento e un Rappresentante delle Associazioni di Tutela dei cittadini. 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). Nel 2017 è stato inserito nell'UGR anche un rappresentante dei MMG (delibera in corso di definizione).</p> <p>Declinazione del Rischio Clinico in ASL 5</p> <p>La Direzione Aziendale detta le politiche generali necessarie a garantire adeguati livelli di sicurezza, in base alle indicazioni nazionali e regionali. La Direzione Sanitaria, in collaborazione con i Dipartimenti, crea l'ambiente favorevole alla cultura della sicurezza e definisce priorità e risorse necessarie. Il Risk Manager, interagendo con la Direzione Aziendale, prepara il piano organizzativo per la sicurezza e coordina tutte le competenze aziendali dell'Unità di Gestione del Rischio, al fine di identificare e presidiare i punti critici dei processi assistenziali. Tutti gli Operatori, sia della Dirigenza che del Comparto, sono responsabili dell'adozione delle misure di prevenzione del rischio, indicate dall'UGR, nonché della segnalazione degli errori e delle situazioni critiche. Obiettivo del Risk Management Aziendale è sensibilizzare tutti i dipendenti ad acquisire maggiore consapevolezza nella Politica di Gestione degli errori, supportandoli con la formazione e l'adozione di strumenti snelli ed ergonomici (lean organization).</p> <p>Il modello organizzativo è articolato in quattro momenti: identificazione dei rischi, analisi dei rischi tramite strumenti dedicati, azioni di miglioramento e follow up. La logica "NO BLAME" e la natura non sanzionatoria del Risk Management favoriscono l'emersione degli errori e dei quasi errori, rendendoli un'opportunità di insegnamento e miglioramento per tutti.</p>
<p>G2 Gruppo Operativo UGR</p> <p>G2.1. N. Incontri gruppo operativo UGR nel 2017</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 in plenaria due volte nel 2017, per il resto ha lavorato ai singoli progetti via mail, collaborando in particolare alla stesura del documento Carmina. I componenti del Gruppo operativo hanno anche partecipato alla formazione interattiva riservata ai Referenti del rischio clinico delle Strutture ospedaliere e territoriali.</p> <p>I Referenti Aziendali sono stati riuniti in seduta plenaria insieme ai Direttori di SC, SSD, SS, Coordinatori Infermieristici, Direttore Sanitario Alma Mater, al momento della presentazione del piano organizzativo (4 edizioni, di cui una a Sarzana: 6, 8, 10, 29 marzo 2017) per rafforzare l'integrazione tra le figure deputate alla sicurezza.</p> <p>Nell'arco dell'anno i referenti sono stati incontrati più volte nell'ambito dei corsi formativi dedicati, dei gruppi di lavoro finalizzati ai progetti e degli audit clinici.</p> <p>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 (raggiunto nell'ambito della Formazione Interattiva dei Referenti del Rischio Clinico); 2. Supporto tecnico ad Audit Clinici (<i>vedi paragrafo relativo all'audit</i>); 3. Monitoraggio STU (mediante audit, incident reporting, focus group e osservazioni dirette delle anomalie); 4. Revisione Procedura Identificazione Paziente per la criticità Assistito Sconosciuto (inserita nella revisione della procedura di identificazione mediante braccialetto elettronico, attualmente in fase di attivazione); 5. Revisione Check List S.O. cartacea e successiva informatizzazione (eseguita revisione in cartaceo, abilitata in elettronico dopo formazione da parte di Ormaweb, implementazione in corso legata alla riorganizzazione dei computer delle SO); 6. Approvazione Regolamento Sale Operatorie (elaborazione completata, in corso iter autorizzativo); 7. Produzione Protocolli inter-aziendali hub-spoke per prestazioni di alta specialità non disponibili presso ASL5 (attivata consulenza cardiocirurgica, da formalizzare <i>Endocarditis Team</i> interno); 8. Adesione al Progetto di elaborazione di Linee Guida con il metodo internazionale GRADE (completate fase 1 e 2, in corso la fase 3 di diffusione)</p>
<p>G4 Eventi avversi / quasi eventi</p> <p>G4.1 Incident reporting (IR): G4.1.1 segnalazione G4.1.2 analisi e gestione G4.1.3 misurazione IR</p> <p>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 2017 il numero di Incident Reporting è cresciuto ulteriormente da 20 a 45. I più frequenti sono stati: segnalazione di situazioni di rischio in Neonatologia, ritardo consegna referti istologici, errori identificazione paziente e ritardo consegna emocomponenti a Sarzana.</p> <p>Per la gestione di tali eventi è in corso monitoraggio attività in neonatologia ed è stata effettuata FMEA sulla richiesta e rilascio di emocomponenti a Sarzana con successiva elaborazione di possibili scenari di miglioramento comprensivi di valutazione economica. L'informatizzazione in Anatomia Patologica e il progetto braccialetto elettronico erano già in corso.</p> <p>Segnalazione Aggressioni 35, così distribuite: Dipartimento Salute Mentale 14, PS SZ 4, PUA-Residenzialità 4, PS Pediatrico 3, Cardiologia Riab. 2, ORT/ORL1, Consultorio SZ 1, PS La Spezia 1, Neuropsichiatria infantile 2, Neurologia 1, Chirurgia 1, Neonatologia 1.</p> <p>A. verbale 29 (minaccia 13, calunnia 7) A. fisica 9</p> <p>Esiti: danno psichico 19, danno psichico certificato 2, terapia medica 4, interruzione lavoro 5, danno fisico certificato 4, danno fisico non certificato 1</p> <p>Monitoraggio Eventi Avversi Cadute: nel 2017 276 - Tasso per mille giornate di degenza 2,68 LDP in Area Medica (Medicina interna 2 SZ, Nefrologia, Medicina interna 1 SP, Cardiologia SZ, Malattie Infettive, Neurologia, Pneumologia): 204 nuove lesioni, Tasso rilevato 6.94 per mille giornate di degenza Dati CIO 2016 2 studi di prevalenza: trend in discesa delle ICA autoctone dal 6.2% al 4.3%. Passaggio da 83 casi incidenti per KPC nel 2015, a 28 casi incidenti nel 2016. Dati CIO 2017 Invio diretto dei dati in Regione secondo protocollo</p>
<p>G5 Eventi sentinella</p> <p>G5.1. Misurazione eventi sentinella</p>	<p>Nel 2017 sono stati segnalati al SIMES 5 eventi sentinella, analizzati con RCA o Protocollo di Londra (diagramma di Ishikawa):</p> <p>1 aggressione ad operatore (azioni di miglioramento: installato allarme rapido in PS, refresh su procedura aziendale Prevenzione aggressione al personale medico-infermieristico, in programma formazione OSS)</p> <p>1 morte da caduta (azioni di miglioramento: ridiffusione procedura cadute e elaborazione LG traumi cranici intraospedalieri)</p> <p>1 emorragia cerebrale da caduta (azioni di miglioramento: elaborazione Protocollo Mobilitazione Sicura)</p> <p>1 morte (dubbia) da caduta con delirium e 1 caduta da delirium (azione di miglioramento: Progetto Delirium)</p>
<p>G6 Gestione sinistri</p> <p>G6.1. Misurazione sinistri</p>	<p>In corso elaborazione protocollo regionale per la pubblicazione on line (come riferito dalla SC Affari Generali e Legali)</p> <p>Vedi box I3</p>

COMUNICAZIONE

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

<p>C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente</p>	<p>Il sistema di comunicazione interno in materia di rischio clinico è rappresentato da una pagina dedicata di Intranet e dalla mail aziendale.</p> <p>Nel 2017 è stata iniziata la pubblicazione sull'Homepage Intranet di comunicati periodici del Risk Management (generalmente lezioni apprese da eventi avversi analizzati).</p> <p>Per quanto riguarda la comunicazione esterna, l'Azienda ha esplicitato le metodologie di informazione in materia di rischio clinico per cittadini e pazienti in un documento pubblicato sul sito ASL. L'informazione avviene prevalentemente attraverso il sito internet, nonché mediante la produzione di poster e brochure dedicate nei reparti e servizi (rischio di infezioni correlate all'assistenza e rischio cadute in ospedale). Il rappresentante dell'UGR dei cittadini/pazienti ha partecipato assiduamente alle riunioni plenarie, portando contributi interessanti, corredati da note esplicative, inserite nei verbali</p>
<p>C2 Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni</p>	<p>Tutti gli aggiornamenti sono prontamente pubblicati su intranet e inviati via email ai referenti del rischio presenti in ogni reparto/dipartimento.</p> <p>Contenuti particolari vengono diffusi con incontri ad hoc rivolti a singoli reparti o gruppi di reparti, come è avvenuto nel 2017 per il documento aziendale sulla prevenzione del tromboembolismo venoso (TEV) nei vari setting nel 2017</p>
<p>C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo</p>	<p>La diffusione di procedure / 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>
<p>C4 Debito informativo aziendale</p>	<p>Assolto secondo le date previste</p>

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'

Attività di formazione e valutazione svolte a livello aziendale e interaziendale

<p>F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale 2017</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentazione del Piano di Gestione del Rischio all'UGR (30 gennaio 2017), ai Direttori di SC, SSD, SS, Coordinatori Infermieristici, Referenti del Rischio Clinico, Direttore Sanitario Alma Mater, Strutture SS accreditate (4 edizioni, di cui una a Sarzana: 6, 8, 10, 29 marzo 2017) 2. Aggiornamento UGR 30 maggio 2017 3. Impariamo dall'esperienza: Giornata dell'Audit (1 edizione) formati 100 discenti/100 posti accreditati 4. Applicazioni pratiche di Risk Management (corso obbligatorio per i referenti del rischio clinico-6 edizioni di due pomeriggi) formati 209 discenti in totale, di cui 145 obbligatori, con produzione di 44 documenti di sicurezza condivisi <i>Le modalità particolari di questa formazione (modello di apprendimento "cooperativo"), che prevede ai fini ECM la produzione di documenti di sicurezza da parte dei discenti, divisi per dipartimenti/SSCC e organizzati in Gruppi di Lavoro, rappresentano la soluzione vincente per la programmazione della formazione futura.</i> 5. Nutraceutici e alimenti speciali: aspetti inerenti il rischio clinico e la vigilanza degli eventi avversi (50 discenti formati) 6. Formazione non ECM sulla Raccomandazione n. 17 "Ricognizione e Ri-conciliazione Farmacologica". Allo scopo di raggiungere il maggior numero di medici sono stati eseguiti 16 incontri ad hoc da novembre 2016 a aprile 2017 (un incontro per reparto o gruppi di reparti); l'invito è stato inoltrato ai Direttori di SC e SSD. Formati 77 medici osp./201 invitati 7. Formazione non ECM su appropriatezza prescrittiva di eparine e fondaparinux nella prevenzione del tromboembolismo venoso nel paziente ospedalizzato ad opera di un gruppo multidisciplinare. Da luglio a novembre 2017 si sono svolti 8 incontri di 2h per medici e 8 per infermieri. Partecipazione: 53/211 medici ospedalieri e 284 infermieri 8. Relazioni con approfondimento sul Risk Management nell'ambito di Corsi organizzati da altre Strutture: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formazione per il Neoassunto in Asl 5 (Partecipazione: 121 discenti) ✓ Risk Management e Audit Clinico per il Dipartimento di Salute Mentale ✓ Risk Management per il Dipartimento di Prevenzione.
<p>F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali</p>	<p>La valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure basate sulle raccomandazioni ministeriali avviene attraverso gli Audit di Sistema effettuati dalla SS Qualità e accreditamento, gli incident reporting, l'analisi dei sinistri e dei reclami, il controllo diretto dei referenti del rischio clinico, la revisione delle cartelle cliniche e le visite alle strutture.</p>
<p>F3 Promozione dell'igiene delle mani</p>	<p>E' continuata a livello capillare la promozione dell'igiene delle mani tramite:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tabelle riassuntive riguardanti le tecniche di lavaggio nelle zone in cui è praticata l'igiene delle mani (es. in prossimità dei lavandini delle medicherie, in prossimità dei dispenser ecc...) 2. disposizione dei dispenser contenenti la soluzione idro-alcolica in prossimità delle zone in cui è erogata l'assistenza (punti di cura).
<p>F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza</p>	<p>In data 9 gennaio 2017 Incontro Informativo sui nuovi Aghi di sicurezza. I contenuti sono stati diffusi su Intranet.</p>
<p>F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta</p>	<p>La valutazione del rischio di caduta viene effettuata mediante scala di Conley; la prevenzione mediante l'informativa rivolta a pazienti e familiari (posters distribuiti a tutte le SC) e la promozione di un ambiente sicuro (letti ad altezza</p>

	regolabile con spondine e fermo, segnalazione pavimento bagnato, ecc). Viene eseguita valutazione periodica del numero delle cadute (tasso per 1000 giorni di degenza). Nel 2017 il tasso ospedaliero di caduta è stato pari a 2.68 (2.05 nel 2016) e quello di caduta con danno medio-grave a 0.27 (0.21 nel 2016). E' stata pertanto elaborata una checklist, tratta in parte dalla letteratura e in parte dalla procedura regionale, per il controllo dell'applicazione delle misure di prevenzione.
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.
F7 Definizione profilo di competenze e sua valutazione	Per quanto riguarda il personale sanitario non esistono i profili di competenze. L'assegnazione dei compiti clinico assistenziali è a carico dei Direttori e dei CI. Nel 2017 la SS Risk Management ha aderito al gruppo di lavoro regionale per la definizione dei profili di competenza.
F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver	Non esiste al momento un'istruzione operativa sulle modalità di educazione terapeutica al paziente e caregiver. Tale processo è effettuato in maniera autonoma e non standardizzata dalle diverse SC.

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

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

S1 Applicazione Raccomandazioni Ministero della Salute		
S1.1 Raccomandazione 1 – Mar. 2008 <i>Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</i>	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input 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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
S1.13 Raccomandazione 13 – Nov. 2011 <i>Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</i>	Procedura aziendale (regionale) Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	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"/>
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 (RACCOMANDAZIONE PUBBLICATA) 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"/>
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 2017 sono stati effettuati, con il supporto della SS Risk Management, 40 Audit Clinici sui seguenti temi: Delirium, Cadute, Visita dermatologica a donne musulmane, Uso terapeutico della cannabis, Consenso informato a indagini Rx nei minori, Gestione post-operatoria, Arresto cardiaco in gravida, Malattia di Kawasaki, Standard di personale in neonatologia, Accuratezza refertazione in endoscopia digestiva, Endocarditi infettive, Accuratezza esami citologici, Triage ostetrico, Misadministration di farmaci nucleari, Sospensione terapia anticoagulante in caso di trauma, Gestione farmaci nell'ambito degli studi clinici, prevenzione del TEV, sospensione terapia anticoagulante dopo trauma cranico, Comunicazione in chirurgia, Gestione noduli tiroidei, triage ostetrico, calcolo dose in radioterapia, mobilitazione sicura dei pazienti, organizzazione ambulatorio/DH oncologico, monitoraggio pazienti in UTIC, prelievo di matrice cheratinica, revisione consensi oftalmologici, appropriatezza ecodoppler vasculopatie, prevenzione osteonecrosi da bifosfonati.</p> <p>Tutti gli audit verranno presentati in un corso accreditato ECM che si terrà in data 13 giugno 2018 a La Spezia.</p>
S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica	<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</p>

	<p>sanitaria; periodicamente il CDG monitorizza l'utilizzo delle consulenze informatizzate.</p> <p>Risultati monitoraggio 2017: sono stati monitorati su un campione di 1438 cartelle di 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, la scheda di ricognizione e riconciliazione. I dati sono disponibili nell'archivio informatico del Risk Management</p>
S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia	<p>In seguito al riscontro mediante Audit, IR, FG di non conformità e carenze relative alle STU attualmente in uso in azienda, nel 2017 è stata elaborata una STU universale, proposta per tutti i reparti di degenza, esclusi UTI, Pediatria, Medicina interna I e Oncologia. E' stata scelta la STU più diffusa in azienda e migliorata con le seguenti azioni: Box per le terapia ad alto livello di attenzione, box Ossigenoterapia, codice colore, integrazione INR e DTX, miglioramento spazi per terapia al bisogno ed estemporanea, verifica dimensione spazi e caratteri con requisiti ergonomici GRC Toscana</p>
S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria	<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 - Formazione relativa alla compilazione della check list elettronica (nov. 2017)
S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili e Consensi Informati al trattamento Sanitario	<p>La DMPO esegue controlli a campione. Vedi paragrafo S2.2.1</p>
S2.3. Corretta identificazione del paziente	<p>Nel 2017 è stato avviato il progetto "Braccialetto Elettronico". Finora è stata deliberata fase 1 (acquisto e diffusione stampanti), preparata bozza della procedura nuova e preparato capitolato per fase 2.</p>
S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	<p>Aggiornamento Procedure CIO: I.O. prevenzione delle Infezioni CVC e PICC correlate</p> <p>Stilate altre 2 procedure operative condivise</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. prevenzione dell'infezione del sito chirurgico 2. prevenzione dell'infezione di pace maker presso aritmologia
S2.5. Igiene delle mani	<p>Nel 2017 sono stati eseguiti 2 safety walking around di reminder sul lavaggio mani per ognuna delle SC dell'ospedale.</p> <p>Il consumo di gel idroalcolico nell'anno 2017 è stato il seguente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. San Bartolomeo 10 L /1000 giornate di degenza 2. Sant'Andrea 8 L/1000 giornate di degenza
S2.6. Prevenzione e gestione cadute	<p>Il Risk Manager ha partecipato al Gruppo di Lavoro Regionale per la definizione della scheda regionale di segnalazione delle cadute. Nel 2017 ha coordinato la diffusione alle strutture accreditate convenzionate.</p>
S2.7. Prevenzione della contenzione fisica	<p>Elaborazione e diffusione Progetto Delirium in area medica a partire dalla SC neurologia.</p>
S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)	<p>E' stato effettuato monitoraggio delle lesioni da pressione ad opera delle professioni sanitarie. I risultati sono disponibili nell'archivio elettronico della SS Risk Management.</p>
S2.9 Gestione del dolore	<p>Nel 2017 il monitoraggio delle cartelle cliniche ha dimostrato la presenza di una scheda del dolore ben compilata nel 92,4 % su un campione di 1386 cartelle</p>
S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali	<p>Sul sito Intranet aziendale sono pubblicati i seguenti PDTA:</p> <p>Progetto Breast Unit (aggiornamento 2017)</p> <p>Appropriatezza Troponina - rev. 2014</p>

	<p> PDТА Scopenso cardiaco Percorso cardiopatico complesso Protocollo prevenzione nefropatia da contrasto Ruolo del Cardiologo nel trauma toracico grave PDТА STEMI Linee Guida Ecocardiografia PDТА e linee guida per le sindromi coronariche acute NSTEMI PDТА Aziendale per la presa in carico dei pazienti con Scopenso Cardiaco Ipertiroidismo conclamato Ipotiroidismo conclamato Patologia nodulare Protocollo intervento chirurgico tiroide PDТА Neoplasia Mammaria PDТА Neoplasia Polmone (aggiornamento 2017) PDТА Neoplasia Colon retto PDТА Mesotelioma pleurico PDТА Melanoma cutaneo (aggiornamento 2017) PDТА Adenocarcinoma Prostatico PDТА Neoplasie Testa Collo ottobre 2014 Protocollo d'intesa ricovero traumi toracici </p> <p> Oltre agli aggiornamenti sono pervenuti alla nostra Struttura i seguenti PDТА: ADHD Linguaggio Autismo Paralisi cerebrali infantili TEV Versamento Pleurico Emorragia subaracnoidea Trauma Cranico Ictus cerebri Adolescenza Disturbi della condotta alimentare </p> <p> Altri PDТА sono presenti nelle varie UUOO (in attesa di validazione) </p>
S2.11 Percorso nascita	Terminata la revisione del Percorso Nascita
S2.12 Buone pratiche AGENAS	<p>Nel 2017 sono state inviate ad AGENAS tre buone pratiche aventi come argomento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formazione cooperativa ai referenti del rischio clinico 2. Percorso Nascita 3. STU universale
S4.3 Monitoraggio percorso farmaci	<p>Ispezioni di Reparto: n. 53 ispezioni a reparti/servizi i cui verbali sono stati trasmessi alla DMPO.</p> <p>Controlli preparazione Antiblastici c/o Unità Farmaci Antiblastici (UFA)</p> <p>-Controlli ambientali fisici e microbiologici: due volte/anno</p> <p>Ricambi aria/ora laboratorio Pressione differenziale laboratorio Parametri microclimatici Contaminazione particellare dell'aria in at rest Contaminazione particellare dell'aria in attività Contaminazione Microbiologica Aria in at rest Contaminazione Microbiologica Aria in attività Contaminazione Microbiologica Superfici in ambiente (su più punti)</p> <p>-Verifiche cappe due volte/anno Contaminazione particellare dell'aria</p>

	<p>Contaminazione particolata dell'aria in attività Per ciascuna cappa Contaminazione Microbiologica dell'aria Contaminazione Microbiologica dell'aria in attività Contaminazione Microbiologica Superfici Velocità dell'aria delle cappe -Ricerca dispersione di antiblastici su superfici: annuale -Pass box Controllo funzionale e aria: annuale n^ 5 test per la convalida degli operatori (annuale) n^ 169 test di processo per la valutazione della sterilità su prodotto allestiti</p>
<p>S4.10 Gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi*, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali**).</p>	<p>Corso anti-incendio: formati 174 Addetti alla Sicurezza Anti-incendio, con superamento dell'esame finale</p>
<p>S4.12 Monitoraggio procedure richiamo farmaci e dispositivi</p>	<p>In riferimento ai report di richiamo per quanto riguarda i dispositivi medici ed i prodotti diagnostici in vitro la S.S.D. dispositivi medici nel corso del 2017 ha effettuato: - 13 procedure di Ritiri cautelativi - 53 procedure di Avvisi di Sicurezza I ritiri cautelativi e gli avvisi di sicurezza sono stati pubblicati sul sito intranet aziendale ed inviati per email a tutti i Responsabili delle strutture ospedaliere e territoriali e alle Professioni Sanitarie per la divulgazione ai coordinatori infermieristici. Tutta la documentazione è tenuta agli atti presso la Farmacia dell'ospedale S. Andrea. Per quanto riguarda i Farmaci sono state effettuate n. 193 procedure di richiamo/revoche AIC tramite diffusione di alert e pubblicazione sul sito aziendale.</p>

IMPARARE DALL'ESPERIENZA:GESTIONE SINISTRI

(IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

I 1 Organizzazione Gestione sinistri	Con delibera n.65 del 22 gennaio 2015 è stato istituito il Comitato gestione sinistri del Levante Ligure, composto secondo le indicazioni della delibera n. 101 del 31.1.2014 della giunta regionale della Liguria
I 2 C.G.S.(Comitato di Gestione Sinistri)	Il RM ha partecipato agli incontri interaziendali (ASL4-5) del comitato Gestione Sinistri, come evidenziabile dai verbali
I 3 Report Sinistri	Nel 2017 sono stati processati 64 nuovi sinistri. Sono ancora aperti 34 sinistri del 2016 e 58 del 2015. Strutture coinvolte nei nuovi sinistri: Dipartimento chirurgico 34, DEA 15, dipartimento medico 7, dipartimento materno-infantile 6, dipartimento servizi 2, dipartimento salute mentale 1. Categorie eventi più frequenti: Errore diagnostico 12, Cadute 10, Errore terapeutico 9, Errore chirurgico 7, Infezioni 6.
I 4 Attività	Partendo dall'analisi dei sinistri, in ambito di risk management sono stati realizzati i seguenti interventi: -Monitoraggio costante delle cadute, con invio via mail dell'evento alla SS Risk management in tempo reale, per porre in atto le azioni di miglioramento -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)