RELAZIONE DI ATTIVITA' GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE ANNO 2018

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>	13

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

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

<p>G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)</p>	<p>L'Unità di Gestione del Rischio dell'ASL 5 è stata istituita con delibera del DG n. 881 del 11/10/2006. La delibera n. 1154 del 28/11/2008 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 e nel 2018 è stato aggiornato l'elenco di referenti del rischio clinico.</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 2018</p> <p>G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza</p>	<p>Il Gruppo Operativo UGR è stato istituito con delibera n. 959 del 10 novembre 2016.</p> <p>Il gruppo operativo UGR si è riunito in plenaria tre volte nel 2018, 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 (2 edizioni, di cui una a Sarzana: marzo 2018) per rafforzare l'integrazione tra le figure deputate alla sicurezza. 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 2018/2019 è stato approvato con delibera n. 615 del 17/7/2018. Gli obiettivi prefissati per il 2018-19 erano: 1. Implementazione sched di ricognizione/riconciliazione in cartaceo e in elettronico (da concludere nel 2019); 2. Diffusione “Braccialetto identificativo” ; 3. Progetto “Sicurezza in ostetricia”; 4. Diffusione STU Universale; 5. Informatizzazione lettera di dimissione; 6. Monitoraggio STU e ricognizione/riconciliazione; 7. Supporto tecnico per audit; 8. Verifica applicazione misure di prevenzione delle cadute; 9. Revisione Scala di Conley e prescrizione contenzioni; 10. Revisione procedura prevenzione atti di violenza agli operatori; 10. Handover UTI mediante SBAR; 11. Scheda infermieristica di trasferimento dal DEA; 12. Scheda infermieristica di dimissione; 12. Scheda infermieristica interventi 118; 13. Diffusione buone pratiche: emotrasfusione sicura, consenso agli esami radiologici in caso di minori e emergenze/urgenze e guasti di rete.</p>								
<p>G4 Eventi avversi / quasi eventi</p> <p>G4.1 Incident reporting (IR):</p> <p>G4.1.1 segnalazione</p> <p>G4.1.2 analisi e gestione</p> <p>G4.1.3 misurazione IR</p>	<p>Nel 2018 il numero di Incident Reporting è cresciuto ulteriormente da 45 a 62. Eventi avversi più frequenti: (2018 vs 2017)</p> <table border="0"> <tr> <td>Processo farmacologico</td> <td>13 casi vs 3</td> </tr> <tr> <td>Identificazione (pr.trasfusionale)</td> <td>4 casi vs 3</td> </tr> <tr> <td>Inserimento dati/etichette</td> <td>5 casi vs 1</td> </tr> </table> <p>Eventi avversi più complessi</p> <table border="0"> <tr> <td>Errori/ritardi diagnostici</td> <td>6 casi</td> </tr> </table> <p>Altre 4 segnalazioni sono state relative a impianti e apparecchiature e 2 a dispositivi.</p> <p>Per la gestione di tali eventi è sono state eseguite le seguenti azioni di miglioramento: istruzione operativa gestione sonda per repere mammario, informatizzazione percorso esami istologici, buona pratica per una corretta emotrasfusione, elaborazione e diffusione STU universale, variazione modalità di preparazione terapia infusione, sollecito per miglioramento gestione liste interne radiologiche laddove segnalate criticità, verifica su gestione pazienti colonizzati da parte del GOCIO in reparti oggetto di segnalazione, diffusione procedura read-back, procedura trasporto-conservazione-trasfusione degli emocomponenti e procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori presso reparti coinvolti da eventi avversi inerenti, correzione software di servizi coinvolti in eventi avversi, raccomandazioni su gestione comunicazione a pazienti operati, monitoraggio attività in reparti con segnalazioni di sovraccarico di lavoro, raccomandazioni su controllo scadenze farmaci, inizio incontri su percorso dolore addominale acuto da PS ai reparti, programmazione miglioramento gestione post-operatoria, diffusione raccomandazioni sul medical mimics, attivazione gruppo di lavoro su prevenzione nefropatia da contrasto, diffusione raccomandazioni su gestione complicanze aneurismi e protesi endovascolari, raccomandazioni su appropriatezza e sicurezza della politerapia (in particolare focus controllo interazioni farmacologiche) nell’ambito del corso annuale del rischio clinico, miglioramento documentazione infusioni di soluzioni contenenti potassio in STU (doppia firma operatori in cartaceo e in elettronico, introduzione cambio infusione), introduzione di doppio controllo in attività critiche oggetto di eventi avversi, istituzione gruppo di lavoro su nota AIFA relativa alla prescrizione di valproato in donne in età fertile, avanzamento progetto braccialetto identificativo, raccomandazioni su controllo carrelli e armadi di terapie ai reparti coinvolti da segnalazioni di disfunzioni, programmazione incontro su terapia pancreatite acuta, predisposizione e diffusione etichette per identificare le sezioni degli armadi e dei carrelli contenenti farmaci ad alto rischio, diffusione guide tascabili sulla sepsi nell’adulto, nella puerpera e nel bambino, raccomandazioni su conclusioni ref. radiologici e lettera di dimissione, consulenze extraistituzionali e pronta disponibilità, modifica modulo Scala di Conley, revisione linea guida “Reazione a mezzi di contrasto” e individuazione apposita locazione per i nuovi mdc ad uso non endovenoso.</p> <p>Segnalazione Aggressioni si è registrato un incremento del 48%; gli episodi segnalati sono stati 63, così distribuiti: PS 11, 118 10, SERT 9, SPDC 7, Salute</p>	Processo farmacologico	13 casi vs 3	Identificazione (pr.trasfusionale)	4 casi vs 3	Inserimento dati/etichette	5 casi vs 1	Errori/ritardi diagnostici	6 casi
Processo farmacologico	13 casi vs 3								
Identificazione (pr.trasfusionale)	4 casi vs 3								
Inserimento dati/etichette	5 casi vs 1								
Errori/ritardi diagnostici	6 casi								

<p>G4.2 Misurazione cadute</p> <p>G4.3 Misurazione Lesioni da Pressione (LDP)</p> <p>G4.4 Segnalazione microrganismi Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)</p> <p>G4.5 Altre misurazioni</p>	<p>Mentale 6, Pediatria 5, Consultori 3, MURG, Medicina SZ, Ginecologia e Ostetricia: 2; Nefrologia, Neurologia, Servizio Prevenzione, Gastroenterologia, Distretto 18, C. prelievi 1; l'aggressione è stata anche fisica in 16 casi.</p> <p>Monitoraggio Eventi Avversi</p> <p>Cadute: Viene eseguita valutazione periodica del numero delle cadute (tasso per 1000 giorni di degenza). Nel 2018 il tasso globale per 1000 giornate di degenza è risultato pari a 1,9 (versus 2.68 del 2017) e il tasso di cadute con danno da medio a grave pari a 0,18 (0, 27 versus nel 2017).</p> <p>LDP in Area Medica non eseguito nel 2018</p> <p>Dati CIO 2018 1 studio di prevalenza: trend in discesa delle ICA autoctone 10.5% al Sant'Andrea e 11.5% all' ospedale San Bartolomeo.</p> <p>Allontanamento pazienti: istituito a Ottobre 2018 numero episodi: 5</p>
<p>G5 Eventi sentinella</p> <p>G5.1. Misurazione eventi sentinella</p>	<p>Nel 2018 non sono stati segnalati eventi sentinella al SIMES; abbiamo condotto una sola indagine su una caduta con decesso del paziente senza ravvisare responsabilità da parte del personale o dell'organizzazione.</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>
<p>G7. Programmi strutturati di benchmarking</p>	<p>L'azienda effettua sistematicamente un benchmarking fra i reparti di degenza e i reparti analoghi della Regione Lombardia, mediante calcolo dell'indice Comparativo di performance (ICP) che permette di valutare l'efficienza operativa dei reparti afferenti alle strutture di ricovero in termini di degenza media, standardizzata per il case-mix, rispetto a specifici valori di riferimento suddivisi per disciplina di dimissione. Nel 2018 su 27 strutture di degenza 13 avevano un ICP<1 (espressione di migliore efficienza).</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 2018 per la diffusione del nuovo modello di Scheda Terapeutica Unica, definita Universale perché comune a tutti i reparti di degenza.</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, STU, ricognizione/riconciliazione; armadio farmaci, check-list carrelli emergenza ogni 2-3 anni).</p> <p>Nel 2018 sono state diffuse le seguenti IO: IO STU universale, IO terapia al bisogno, IO Read back; IO mobilitazione pazienti in medicina interna 1; i seguenti comunicati via Homepage intranet, relativi a raccomandazioni emerse nel corso di audit SEA/FMEA: Per una emotrasfusione corretta; Sepsis World Day; Medical Mimics e Emergenze/Urgenze e guasti di rete.; a mezzo email all users è stata invece diffusa la Buona Pratica "Conseguenze errata identificazione o non corretto inserimento dati pazienti", sempre come azione di miglioramento rispetto agli Incident reporting o altre segnalazioni.</p>

C4 Debito informativo aziendale	Assolto secondo le date previste
C5 Valutazione dell'informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico	Per la prima volta nel 2018 è stata valutata la comprensione dell'informazione fornita ai cittadini relativamente al rischio e alla prevenzione delle cadute durante le visite di verifica effettuate nei reparti di degenza. Dai pazienti intervistati è emerso che il personale infermieristico/OSS favorisce la familiarizzazione del paziente con l'ambiente e mostra l'uso del campanello, ma solo in 2 reparti vengono invitati a leggere poster presenti in tutti i reparti tranne 2 o istruiti sui comportamenti per la prevenzione delle cadute.
C6 Valutazione cultura della sicurezza e risultati positivi (elogi/encomi/ringraziamenti)	Essendo trascorsi ormai tre anni dall'ultima valutazione della cultura della sicurezza, a dicembre 2018 è stato avviato progetto volto ad indagare non solo la cultura della sicurezza, ma anche il clima aziendale e la missed nursing care. L'indagine si è conclusa a febbraio 2019. E' stata eseguito censimento degli elogi/encomi/ringraziamenti ricevuti a mezzo stampa: 51 nel 2018. Per il 2019 è stato programmato monitoraggio completo (stampa, URP, reparti).

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 (10 gennaio 2018), ai Direttori di SC, SSD, SS, Coordinatori Infermieristici, Referenti del Rischio Clinico, (2 edizioni: marzo 2018) 2. Impariamo dall'esperienza: Giornata dell'Audit (1 edizione) formati 94 discenti/100 posti accreditati 3. Applicazioni pratiche di Risk Management (corso obbligatorio per i referenti del rischio clinico e i direttori SC/SSD-3 edizioni di 3 pomeriggi) formati 165 discenti 4. Formazione non ECM su: Racc. ministeriali (totale incontri 10) formato >90% del personale medico di UTIC, Geriatria, Cure Intermedie, Nefrologia (ob. Budget); 110 Operatori socio-sanitari Incident reporting (totale incontri 8) formato >90% del personale p.infermieristico dell'urochirurgia sarzana, ortopedia SZ, Chirurgia vascolare e Chir. Generale 1 di La Spezia 5. STU(totale incontri 12) formati 133 infermieri, 48 medici 6. Relazioni con approfondimento sul Risk Management nell'ambito di Corsi organizzati da altre Strutture: ✓ Formazione per il Neoassunto in Asl 5 (Partecipazione: 171 discenti)
<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>Esiti 2018: nel corso di 34 audit di sistema effettuati solo in due strutture sono emerse carenze nell'implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali e, in particolare, carenze nella segnalazione di eventi avversi; dagli incident reporting sono emerse carenze nel rispetto delle procedure relative alla identificazione del paziente, alla prevenzione degli errori trasfusionali, alla manutenzione delle apparecchiature elettromedicali e alla corretta prescrizione/somministrazione delle terapie. Per le carenze emerse dalla revisione delle cartelle cliniche si rimanda al punto S2.2.</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 mediche, 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).

F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza	<p>In data 27 giugno e 12 settembre 2018 sono stati tenuti due incontri Informativi sui nuovi Aghi di sicurezza. I contenuti sono stati diffusi su Intranet.</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 l'informativa rivolta a pazienti e familiari (posters distribuiti a tutte le SC) e la promozione di un ambiente sicuro (es. letti ad altezza regolabile con spondine e fermo, segnalazione pavimento bagnato, ecc). Nel 2018 è stata effettuata formazione dedicata sulle cadute a 110 OSS e è stata ri-diffusa la procedura regionale delle cadute al comparto dell'area medica, mediante incontri dedicati (presenti 120 infermieri/coordinatori/PO).</p>

	<p>Nel 2018 abbiamo verificato l'applicazione delle misure preventive (secondo raccomandazione ministeriale e procedura regionale) con i seguenti risultati: visitati 14 reparti di degenza; carenze più frequenti: calzature non adatte e misure di prevenzione non trasmesse ai pazienti/familiari da medici o infermieri (non richiamata attenzione su poster), campanelli nelle toilette non facilmente accessibili, letti o ausili per la deambulazione con freni non funzionanti, scala di Conley non firmata dai medici.</p>
F6 BLS e PLS	<p>L'Azienda richiede agli operatori il corso BLS/PBS ogni 2-3 anni/operatore. L'intervallo è rispettato prevalentemente per gli operatori sanitari del DEA.</p>
F7 Definizione profilo di competenze e sua valutazione	<p>L'azienda ha esplicitato la spiegazione delle varie posizioni funzionali definendo le caratteristiche degli incarichi e delle connesse responsabilità, siano per gli incarichi professionali (incarico di altra professionalità) che gestionali (struttura semplice; coordinatori e posizioni organizzative). Doveri e responsabilità sono contenuti nei contratti e nei codici di comportamento. L'assegnazione dei compiti clinico assistenziali è a carico dei direttori di Struttura complessa. Non esiste tuttavia una chiara job description, con l'eccezione della SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e in forma parziale SC Patologia Clinica e SC Radiodiagnostica.</p> <p>Nel 2018 è stata effettuata valutazione delle performance individuali attraverso una scheda di valutazione sulle competenze organizzative e sui comportamenti e la valutazione del raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati.</p> <p>Dal 2017 la SS Risk Management ha aderito al gruppo di lavoro regionale per la definizione dei profili di competenza.</p>
F8 Educazione terapeutica al paziente e caregiver	<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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐
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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐
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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐
(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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐
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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐
S1.6 Raccomandazione 6 – Mar. 2008 <i>Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i>	Procedura aziendale (per gli aspetti prevalentemente organizzativi) Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐

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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐
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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐
S1.9 Raccomandazione 9 – Apr. 2008 <i>Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</i>	Procedura aziendale 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 ☒ NO ☐ SI ☐ NO ☒ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☐ NO ☒
S1.10 Raccomandazione 10 – Sett. 2009 <i>Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati</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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☐ NO ☒
S1.11 Raccomandazione 11 – Genn. 2010 <i>Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto</i>	Procedura aziendale (solo per i trasporti inter-ospedalieri) Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐
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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐
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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐

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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐
S1.15 Raccomandazione 15 – Febb. 2013 <i>Morte o grave danno conseguente a non corretta operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso attribuzione del codice triage nella Centrale</i>	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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☐ NO ☒
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 ☐ NO ☒ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐
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 ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐ SI ☒ NO ☐

S2 Sviluppo di buone pratiche

S2.1 Audit Clinici accreditati ECM	Nel 2018 sono stati effettuati, con il supporto della SS Risk Management, 4 Audit Clinici sui seguenti temi: Complicanze post-operatorie in Chirurgia Vascolare e Chirurgia generale I; reaudit su prelievo matrice cheratinica in tossicologia e prevenzione tromboembolismo venoso in Medicina d'Urgenza. Nessun audit è stato accreditato ECM.
S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica	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 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. Annualmente la DMPO esegue un controllo a campione sulla documentazione

<p>S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia</p> <p>S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria</p> <p>S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili e Consensi Informati al trattamento Sanitario</p>	<p>sanitaria; periodicamente il CDG monitorizza l'utilizzo delle consulenze informatizzate.</p> <p>Risultati monitoraggio 2018: Campione 328 cartelle Presenza documento d'identità 77%; Presenza lettera dimissione 63% irregolarità consensi emoderivati 8%, irregolarità consenso ad intervento/procedura invasiva 33%.</p> <p>I dati sono disponibili nell'archivio informatico del Risk Management</p> <p>In seguito al riscontro mediante Audit, IR, FG di non conformità e carenze relative alle STU attualmente in uso in azienda, nel 2018 è stata diffusa la cosiddetta STU universale, proposta per tutti i reparti di degenza, esclusi UTI, Pediatria, Medicina interna 1 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> <p>Monitoraggio 2018 in collaborazione con DMPO e SS Professioni Sanitarie (211 cartelle): Assenza/mancata compilazione scheda ric/ric 67% -72%; Compilazione incompleta schede ricognizione 92%-94%; Mancata indicazione forma farmaceutica 72,5%; Mancata indicazione motivo di non somministrazione 74%; Mancata indicazione dosaggio del farmaco 33%.</p> <p>La DMPO esegue controlli a campione. Campione 2018 (213 cartelle con intervento chirurgico): consenso intervento perfettamente compilato 18%; registro operatorio presente e perfettamente compilato 38%; Checklist chirurgica perfettamente compilata 31%</p> <p>La DMPO esegue controlli a campione. Campione 2018 (320 cartelle): irregolarità nel 3% di esse.</p>
<p>S2.3. Corretta identificazione del paziente</p>	<p>Nel 2017 è stato avviato il progetto "Braccialetto Elettronico". Dal 18 Ottobre 2018 è iniziata la sperimentazione del braccialetto identificativo nelle SC Medicina Interna 1 e Oncologia.</p>
<p>S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestione outbreak KPC in chirurgia generale e vascolare. Nell'anno 2018 nella S.C. di Chirurgia generale e Vascolare si sono registrati n° 15 casi incidenti di KPCs (pazienti negativi allo screening per KPC all'ingresso che si sono colonizzati durante il ricovero) 2. Si sono verificate inoltre n° 2 di batteriemie da KPCs 3. Si sono verificate n°4 infezioni di sito chirurgico da KPCs in chirurgia Generale 4. Si sono verificate n° 1 infezione di piede diabetico da KPCs 5. A seguito di una riunione con il personale richiesta dalla coordinatrice è stato attuato un isolamento per «coorte» dei pazienti colonizzati a partire dai primi del mese di novembre L'ultima ala in fondo al reparto è stata adibita ai pazienti colonizzati in modo da ridurre al minimo la cross trasmissione. Da allora si è verificato 1 singolo caso di secondario di colonizzazione senza infezione da KPC
<p>S2.5. Igiene delle mani</p>	<p>Nel 2018 sono stati eseguiti 5 safety walking around di reminder sul lavaggio mani per ognuna delle SC dell'ospedale.</p> <p>Il consumo di gel idroalcolico nell'anno 2018 è stato il seguente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. San Bartolomeo 11 L /1000 giornate di degenza 2. Sant'Andrea 10 L/1000 giornate di degenza

S2.6. Prevenzione e gestione cadute	Nel 2018 è stato modificato il modulo della Scala di Conley per richiamare l'attenzione di personale e utenza all'uso di calzature adatte e alla diffusione/conoscenza delle misure di prevenzione contenute nei poster presenti nelle stanze di degenza
S2.7. Prevenzione della contenzione fisica	Elaborazione e diffusione Progetto Delirium in area medica a partire dalla SC neurologia.
S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)	Nel 2018 è stato avviato progetto per il monitoraggio continuo delle lesioni da pressione.
S2.9 Gestione del dolore	Nel 2018 il monitoraggio delle cartelle cliniche ha dimostrato la presenza di una scheda del dolore ben compilata 92,5% dei casi.
S2.10 PDTA Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali	<p>PDTA elaborati nel 2018: esami endoscopici in MMG, piede diabetico, fast-track ematuria, fast track ostetrico</p> <p>Sul sito Intranet aziendale sono pubblicati i seguenti PDTA: Progetto Breast Unit (aggiornamento 2017) Appropriatezza Troponina - rev. 2014 PDTA Scompenso 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 Scompenso Cardiaco Ipertiroidismo conclamato Ipotiroidismo conclamato Patologia nodulare Protocollo intervento chirurgico tiroide PDTA Neoplasia Mammaria PDTA Neoplasia Polmone (aggiornamento 2017) PDTA Neoplasia Colon retto PDTA Mesotelioma pleurico PDTA Melanoma cutaneo (aggiornamento 2017) PDTA Adenocarcinoma Prostatico PDTA Neoplasie Testa Collo ottobre 2014 Protocollo d'intesa ricovero traumi toracici</p> <p>Oltre agli aggiornamenti sono pervenuti alla nostra Struttura i seguenti PDTA: ADHD Linguaggio Autismo Paralisi cerebrali infantili TEV Versamento Pleurico Emorragia subaracnoidea Trauma Cranico Ictus cerebrali Adolescenza Disturbi della condotta alimentare Altri PDTA sono presenti nelle varie UUOO (in attesa di validazione)</p>

<p>S2.11 Percorso nascita</p>	<p>Il percorso nascita viene monitorizzato annualmente con i seguenti indicatori: numero parti - numero prime visite presso i consultori - numero prime visite presso i consultori entro il terzo mese di gravidanza - numero parti in analgesia - percentuale di donne che allattano al seno - partecipazione corsi parto - presenza di questionario di qualità percepita alla dimissione - apertura di nuovi ambulatori.</p> <p>Nel 2018 i nati sono stati 865, da 855 parti. I tagli cesarei programmati sono stati 126. I tagli cesarei in urgenza sono stati 130 e in emergenza 28. Per quanto riguarda la parto-analgesia, su 135 partorienti richiedenti è stata somministrata a 117 (16% di tutti i parti), senza alcuna complicanza.</p> <p>A fine 2017 è stato inserito l'Ambulatorio Allattamento Integrato Ospedale/Territorio che ha iniziato il pieno regime nel 2018.</p> <p>Le prime visite a tutti i percorsi consultoriali sono state 610; in particolare le prime visite ostetriche sono state 331, la maggior parte sono state eseguite entro la 12 settimana.</p> <p>Su 718 neonati sani dimessi dalla Neonatologia, all'atto della dimissione 574 era in allattamento materno esclusivo, 133 misto e 11 artificiale.</p> <p>I questionari della qualità percepita vengono consegnati al 100% delle utenti della Neonatologia.</p>
<p>S2.12 Buone pratiche AGENAS</p>	<p>Nel 2018 non sono state inviate Buone Pratiche ad AGENAS, dal momento che, considerato il focus sulla sicurezza farmacologica, era stata già inviata la buona pratica sulla STU universale nel 2017.</p>
<p>S2.13 Controlli carrelli di emergenza</p>	<p>Nel 2018 3 strutture su 34 oggetto di audit hanno presentato non conformità nei controlli dei carrelli di emergenza; in altre 2 strutture ambulatoriali è stato consigliato di dotarsi di carrello di emergenza, in quanto distante.</p>
<p>S4.3 Monitoraggio percorso farmaci</p>	<p>Ispezioni di Reparto: n. 33 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 Contaminazione particellare 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</p> <p>-Pass box Controllo funzionale e aria: annuale</p> <p>n^ 5 test per la convalida degli operatori (annuale)</p> <p>n^ 184 test di processo per la valutazione della sterilità su prodotto</p>

	<p>allestiti</p>
<p>S4.10 Gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi*, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali**).</p>	<p>Nel 2018 sono stati effettuati corsi di formazione e aggiornamento sul tema specifico della prevenzione incendi; è stato inoltre effettuato un corso specifico rivolto solo ai dirigenti/coordinatori/posizioni organizzative e un ulteriore corso dedicato a tutti gli studenti del polo universitario. Il livello formativo raggiunto viene testato a mezzo delle esercitazioni antiincendio e durante i corsi obbligatori di aggiornamento triennale e le lacune vengono immediatamente colmate a mezzo di incontri diretti con il personale di struttura, evidenziando le criticità e le possibili soluzioni (ogni esercitazione prevede un pre-briefing e un debriefing).</p> <p>Nell'anno 2018 sono state formate ai fini antincendio "rischio alto" circa 500 unità di personale (ci sono stati 5 respinti all'esame finale).</p> <p>Sempre nell'anno 2018 hanno avuto l'aggiornamento formativo circa 400 unità di personale ASL 5 già abilitato dal M.I. con corsi precedenti.</p> <p>Nello stesso anno sono state eseguite simulazioni di emergenza incendio con esercitazioni mirate all'uso di dispositivi/attrezzature/impianti ed evacuazioni dall'edificio nelle seguenti sedi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutti i reparti del P.O. S. Andrea; - tutti i reparti del P.O. S. Nicolò in Levanto; - tutti i reparti del P.O. S. Bartolomeo in Sarzana (alcuni sono attualmente in conclusione); - tutti i poliambulatori (Brugnato, Ceparana, Via XXIV Maggio, Via Sardegna, Via Paci); - la RSA Mazzini di Viale Alpi; - il Centro Disabili di Gaggiola; - il SER.T. di Via N. Bixio; - il Centro Disabili di Via Gramsci (ex - Pontremoli); - il Nuovo Centro di Salute Mentale c/o S. Bartolomeo; - la Nuova Radioterapia del Felettino; - il Polo Didattico Universitario del Canaletto; - il fabbricato dell'Igiene Pubblica in Via Fiume.

<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 nel corso del 2018 si sono effettuati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 procedure di Ritiri cautelativi - 37 procedure di Avvisi di Sicurezza <p>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.</p> <p>Per quanto riguarda i Farmaci sono state effettuate n. 150 procedure di richiamo/revoche AIC tramite diffusione di alert e pubblicazione sul sito aziendale.</p>
<p>S4.2 Monitoraggio non conformità che emergono dai piani di manutenzione ordinaria/ straordinaria per strutture, impianti, apparecchiature.</p>	<p>Apparecchiature di proprietà</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La Struttura interessata causa guasto, o l'Ingegneria Clinica, attraverso le Ditte Manutentrici a seguito manutenzione preventiva, verifiche di sicurezza elettrica o funzionali, dichiara il Fuori Uso temporaneo dell'apparecchiatura e /o attrezzatura mediante opportuna segnaletica, e compila il modulo di richiesta dedicato per intervento tecnico di manutenzione correttiva; 2) Le ditte manutentrici intervengono sull'apparecchiatura e in caso di conformità, concluso l'intervento, svolgono le verifiche di sicurezza elettrica e compilano il rapporto di lavoro, firmato per presa visione dal Responsabile della S.C. interessata, cui viene rilasciata una copia. Al termine delle attività, le ditte manutentrici aggiornano i sistemi di gestione informatici. Eventuali dettagli tecnici e storie manutentive dei beni, tipologie e frequenza dei guasti, sono estraibili dai database succitati. 3) In caso di non conformità, quali ad esempio quelle dovute ad elementi riguardanti la indisponibilità di pezzi di ricambio, obsolescenza con gravi carenze di sicurezza per il paziente e l'operatore non risolvibili con un intervento ordinario oppure danno irreparabile, l'Ingegneria Clinica propone il fuori uso dell'attrezzatura, valuta la dismissione e procede, se del caso, sentite le strutture utilizzatrici con una proposta di sostituzione urgente o da inserire nella programmazione aziendale. <p>Durante l'anno 2018, sono stati effettuati n° 15 fuori uso per apparecchiature a seguito di rilevazione di non conformità durante l'attività manutentiva.</p> <p>Apparecchiature di terzi (service/comodato)</p> <p>Le ditte aggiudicatarie dei contratti di service/comodato sono responsabili delle verifiche di sicurezza e della manutenzione, nonché della rimozione delle non conformità, secondo quanto previsto nelle condizioni degli appalti.</p>

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 2018 sono stati aperti 63 nuovi sinistri relativi a trattamenti sanitari, così distribuiti: area emergenza 18, area chirurgica 24, area medica 10, altro 11.
I 4 Attività	Partendo dall'analisi dei sinistri, in ambito di risk management sono stati realizzati i seguenti interventi: -Verifiche sull'applicazione delle misure di prevenzione contro le cadute nei reparti di degenza - audit complicitanze post-operatorie

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