
RELAZIONE DI ATTIVITA' GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE ANNO 2020

Sommario

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

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE

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

G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)

L'Unità di Gestione del Rischio dell'ASL 5 è stata istituita con delibera del DG n. 881 del 11/10/2006. La delibera n. 1154 del 28/11/2008 modificava parzialmente la composizione dei membri e nominava un nuovo referente aziendale. La delibera n. 314 del 20/4/2010 conferiva al referente l'incarico di Responsabile della SS Risk Management, inserita all'interno dello staff nella SC Clinical Governance. Tale incarico veniva rinnovato con delibera 135 del 20/2/2014 e la S.S veniva inserita nella S.C Governo Clinico, Rischio clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione. Con la del. 395 del 14 maggio 2015 invece veniva ulteriormente modificata la composizione dei membri dell'Unità di Gestione del Rischio (UGR), prevedendo come invitati permanenti i Direttori di Dipartimento e un Rappresentante delle Associazioni di tutela dei cittadini. Il 28/12/2015 un secondo Dirigente Medico veniva assegnato alla Struttura Risk Management, con ingresso in servizio dopo congedo di maternità il 19 settembre 2016 (delibera. n. 321 14/4/2016). Nel 2017 è stato inserito nell'UGR anche un rappresentante dei MMG e nel 2018 è stato aggiornato l'elenco dei referenti del rischio clinico. Al 31/12/2018 il Responsabile della SS Risk Management è andato in quiescenza e il dirigente medico assegnato nel 2016 è stato indicato come referente aziendale e membro della Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, la cui nuova composizione è stata notificata con D.G.R. 12/04/2019.

Da Dicembre 2020 è stata assegnato al Risk Management un secondo dirigente medico con lettera Prot.110/DS del 9/12/2020.

Declinazione del Rischio Clinico in ASL 5

La Direzione Aziendale detta le politiche generali necessarie a garantire adeguati livelli di sicurezza, in base alle indicazioni nazionali e regionali.

La Direzione Sanitaria, in collaborazione con i Dipartimenti, crea l'ambiente favorevole alla cultura della sicurezza e definisce priorità e risorse necessarie. Il Risk Manager, interagendo con la Direzione Aziendale, prepara il piano organizzativo per la sicurezza e coordina tutte le competenze aziendali dell'Unità di Gestione del Rischio, al fine di identificare e presidiare i punti critici dei processi assistenziali. Tutti gli Operatori, sia della Dirigenza che del Comparto, sono responsabili dell'adozione delle misure di prevenzione del rischio, indicate dall'UGR, nonché della segnalazione degli errori e delle situazioni critiche. Obiettivo del Risk Management Aziendale è sensibilizzare tutti i dipendenti ad acquisire maggiore consapevolezza nella Politica di gestione degli errori, supportandoli con la formazione e l'adozione di strumenti snelli ed ergonomici (lean organization).

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

G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico

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

Prosecuzione Progetti avviati nel 2018

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

Attività relative agli indirizzi operativi regionali sul Rischio Clinico

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

Attività scientifiche

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

Progetti attivati nel 2019 a scadenza nel 2020

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

7. Indagine di clima aziendale, cultura della sicurezza e missed nursing care e diffusione dei risultati
 8. Completamento e diffusione Buona pratica “Valproato”
 9. Avvio progetto “pettorine” anti-interruzioni
 10. Raccolta elogi/encomi/ringraziamenti
 11. Riattivazione monitoraggio lesioni da decubito in area medica
 12. Revisione dei consensi informati in Ginecologia e Ostetricia
 13. Progetto “Strategie di opposizione a richieste di risarcimento per infezioni correlate all’assistenza”
 14. Implementazione pagina Risk Management su sito esterno
 15. Aggiornamento pagina Risk Management su intranet
- Per le attività di formazione vedi la sezione **F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale 2020** del presente documento.
- Nel corso del 2020 alcuni dei suddetti obiettivi non sono stati condotti a termine, sostituiti da altri progetti legati all’emergenza sanitaria.

G4 Eventi avversi / quasi eventi

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoraggio Eventi Avversi

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

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

Allontanamento spontaneo dei pazienti 2020: 9

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

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

COMUNICAZIONE

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

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

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

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'

Attività di formazione e valutazione svolte a livello aziendale e interaziendale

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

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

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

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

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

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

<p>S1.5 Raccomandazione 5 – Mar. 2008 <i>Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità AB0</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>S1.6 Raccomandazione 6 – Mar. 2008 <i>Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Procedura aziendale (per gli aspetti prevalentemente organizzativi) Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

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

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

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

<p>S1.19 Raccomandazione 19 – Ott. 2019 <i>Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide</i></p>	<p>Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate:</p> <p>Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet</p> <p>Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<input checked="" type="checkbox"/></p>
---	---	--

<p>S.2 Sviluppo Buone Pratiche</p>	
<p>S2.1 Audit Clinici accreditati ECM</p>	<p>Nel 2020 sono stati effettuati, con il supporto della SS Risk Management, 1 audit clinico sull'uso dei biosimilari in ambito reumatologico, gastroenterologico e oncologico e 9 audit SEA.</p>
<p>S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale</p>	<p>L'Azienda utilizza uno strumento integrato ed unitario per la documentazione sanitaria rappresentato dalla cartella clinica organizzata per sezioni e standardizzata su tutte le degenze.</p>

S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica

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.

A partire da Ottobre 2019, è stato introdotto in tutti i reparti (eccetto, per ragioni di peculiarità, SC Anestesia e Rianimazione e Neonatologia) un software per la compilazione di anamnesi/esame obiettivo/ricognizione-riconciliazione/lettera di dimissione.

Annualmente la DMPO esegue un controllo a campione sulla documentazione sanitaria; periodicamente il CDG monitorizza l'utilizzo delle consulenze informatizzate.

S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia

Tutte le SC/SSD di degenza sono dotate di Scheda Terapeutica Unica cartacea, definita anche Universale, in quanto uguale in tutte le strutture eccetto Pediatria e Terapia Intensiva dal 2018. La scheda terapeutica informatizzata è disponibile solo nelle SC Medicina Interna 1 e Oncologia, dotate di cartella elettronica.

Controlli a campione sulla STU vengono eseguiti nel corso degli audit interni e ad opera della DMPO in collaborazione con le Professioni sanitarie e con il Risk Management

S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria

La checklist di sala operatoria è attiva su tutti i blocchi operatori e per tutte le discipline. La DMPO esegue controlli a campione sulle cartelle cliniche relativamente a check-list di sala operatoria e consenso a intervento chirurgico.

S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili e Consensi Informati al trattamento Sanitario

La DMPO esegue annualmente controlli a campione anche dei consensi al trattamento dei dati sensibili e dei consensi informati al trattamento sanitario. Nel 2019 la DMPO in collaborazione con la SS Risk Management sta realizzando una razionalizzazione dei moduli contenuti nel format aziendale di cartella clinica.

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

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

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

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

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

IMPARARE DALL'ESPERIENZA:GESTIONE SINISTRI

(IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

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

La Spezia, 7 aprile 2020



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