

RELAZIONE DI ATTIVITA'
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE
ANNO 2021

Sommario

GOVERNANCE, CONSAPEVOLEZZA E MISURAZIONE.....	2
COMUNICAZIONE.....	4
FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'.....	5
SICUREZZA DEL PAZIENTE: APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E SVILUPPO DI BUONE PRATICHE.....	7
IMPARARE DALL'ESPERIENZA:GESTIONE SINISTRI.....	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 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.</p> <p>Da dicembre 2020 a dicembre 2021 è stata assegnato al Risk Management un secondo dirigente medico con lettera Prot.110/DS del 9/12/2020.</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.</p> <p>La Direzione Sanitaria, in collaborazione con i Dipartimenti, crea l'ambiente favorevole alla cultura della sicurezza e definisce priorità e risorse necessarie. Il Risk Manager, interagendo con la Direzione Aziendale, prepara il piano organizzativo per la sicurezza e coordina tutte le competenze aziendali dell'Unità di Gestione del Rischio, al fine di identificare e presidiare i punti critici dei processi assistenziali. Tutti gli Operatori, sia della Dirigenza che del Comparto, sono responsabili dell'adozione delle misure di prevenzione del rischio, indicate dall'UGR, nonché della segnalazione degli errori e delle situazioni critiche. Obiettivo del Risk Management Aziendale è sensibilizzare tutti i dipendenti ad acquisire maggiore consapevolezza della politica di gestione degli errori, supportandoli con la formazione e l'adozione di strumenti snelli ed ergonomici (lean organization).</p> <p>Il modello organizzativo della gestione del rischio è articolato in quattro momenti: identificazione dei rischi, analisi dei rischi tramite strumenti dedicati, azioni di miglioramento e follow-up. La logica "NO BLAME" e la natura non sanzionatoria del Risk Management favoriscono l'emersione degli errori e dei quasi errori, rendendoli un'opportunità di insegnamento e miglioramento per tutti.</p>
<p>G2 Gruppo Operativo UGR</p> <p>G2.1 N° incontri gruppo operativo UGR nel 2021</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>L'UGR si è riunita in plenaria una volta nel 2021 (9 giugno 2021); il gruppo operativo UGR ha lavorato ai singoli progetti a piccoli gruppi in presenza, videoconferenza o via email, collaborando in particolare alla stesura del documento Carmina. I componenti del Gruppo operativo partecipano anche alla formazione interattiva riservata ai Referenti del rischio clinico delle Strutture ospedaliere e territoriali.</p> <p>I Referenti del rischio clinico non sono stati riuniti in seduta plenaria durante il 2021, ma sono stati incontrati più volte nell'ambito dei gruppi di lavoro finalizzati ai progetti e degli audit clinici. La strategia di comunicazione costante con la rete dei referenti è basata sulla piattaforma Intranet e la posta elettronica.</p>

<p>G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico</p>	<p>Gli obiettivi in materia di gestione del rischio clinico del 2021 sono stati esplicitati nella riunione plenaria dell'UGR il 9 giugno 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supporto nella gestione della campagna vaccinale anti-covid-19 - Coordinamento dell'elaborazione del piano pandemico aziendale - Organizzazione delle attività per la giornata mondiale della sicurezza delle cure: completamento implementazione raccomandazioni ministeriali nel dipartimento materno-infantile (e pubblicazione manuale della sicurezza madre-neonato).
<p>G4 Eventi avversi / quasi eventi</p> <p>G4.1 Incident reporting (IR): G4.1.1 segnalazione G4.1.2 analisi e gestione G4.1.3 misurazione IR</p>	<p>Nel 2021 sono stati ricevuti 47 Incident Reporting relativi a eventi avversi/nearmiss nell'ambito delle seguenti procedure: Procedure cliniche 24 Procedura comunicazione assistenziale 8 Procedura identificazione/trasfusionale 5 Procedure organizzative 5 Procedura trasporti 4 Dispositivi 1</p> <p>Per la gestione di tali eventi sono state eseguite le seguenti azioni di miglioramento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborazione e diffusione Procedura accessi in PS e ricoveri ordinari ospedale covid free e sue periodiche revisioni 2. Elaborazione e diffusione Procedura accessi in PS e ricoveri ordinari ospedale Covid 3. Variazione volumi delle sacche con confezioni simili disponibili in farmacia ospedaliera 4. Elaborazione e diffusione Procedura sedute vaccinali (vaccini non per Covid-19) 5. Elaborazione, diffusione e aggiornamento raccomandazioni per la vaccinazione anticovid-19 6. Aggiornamento schede anamnestiche vaccinali anti-Covid-19 7. Elaborazione e diffusione criteri di fine isolamento Covid-19 8. Aggiornamento scheda triage covid19 9. Aggiornamento continuo su vaccinazione e vaccini anti-covid19 via mail e chat whatsapp 10. Refreshing procedura identificazione corretta del paziente e su modalità visualizzazione lista pazienti di reparto in reparti target 11. Revisione organizzazione personale infermieristico in Pediatria 12. Procedura assistenza in emergenza-urgenza soggetti età 0-14 anni 13. Diffusione raccomandazioni su rientri da estero in epoca covid19 14. Protocollo Sorveglianza e Gestione del paziente sospetto o colonizzato da Candida Auris <p>Segnalazione Aggressioni si è registrato un decremento del 50% delle segnalazioni; gli episodi segnalati sono stati 34, così distribuiti: Dipartimento medico 8, DEA 8, dip. materno-infantile 7, dip. Salute mentale 6, dip. Chirurgico 2, dip. Cure primarie 1, dip. Servizi 1, Staff 1. L'aggressione è stata prevalentemente verbale (gesti violenti e spinte solo in 7 casi) e si è verificata a carico di un infermiere nel 50% dei casi, di un medico nel 20%, di un infermiere e di un medico nel 20% e di altri operatori nel 10% dei casi; denuncia di infortunio in un solo caso. L'aggressore è stato più frequentemente un parente/caregiver.</p>
<p>G4.2 Misurazione cadute</p>	<p>Monitoraggio Eventi Avversi</p> <p>Cadute: viene eseguita valutazione periodica del numero delle cadute (tasso per 1000 giorni di degenza). Il monitoraggio annuale 2021 ha evidenziato un tasso pari a 1.93/1000 giornate di degenza. Il tasso delle cadute con danno medio-grave è risultato pari a 0,13 (-30% circa).</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>Lesioni da pressione: nel 2021 il monitoraggio (cartaceo) è stato eseguito in terapia intensiva e nel dipartimento medico.</p> <p>Dati CIO 2021: l'attività di monitoraggio si è concentrata sui casi di infezione da SARS-CoV2 e casi di infezione/contaminazione da Candida Auris.</p> <p>Allontanamenti spontanei: nel 2021 si è registrato un calo di quasi il 50%, con soli 5 pazienti che si sono allontanati dal reparto di degenza.</p>
<p>G5 Eventi sentinella</p> <p>G5.1 Misurazione eventi sentinella</p>	<p>Nel 2021 non sono stati registrati eventi sentinella.</p>
<p>G6 Gestione sinistri</p> <p>G6.1. Misurazione sinistri</p>	<p>Debito informativo assolto dal gruppo regionale</p>
<p>G7. Programmi strutturati di benchmarking</p>	<p>L'azienda attua programmi strutturati di confronto al proprio interno mediante certificazione aziendale da parte di ente terzo a livello del dipartimento dei servizi (SS.CC. Radiologia, Medicina nucleare, Patologia clinica, Immunoematologia e servizio trasfusionale, SSD Neuroradiologia e SSD Laboratorio specialistico di tossicologia) e del dipartimento oncologico (SC Fisica sanitaria, SC Anatomia Patologica e SC Radioterapia).</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</p>	<p>Il sistema di comunicazione interno in materia di rischio clinico è rappresentato da una pagina dedicata di Intranet e</p>
--	---

<p>informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente</p>	<p>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 (es. rischio di infezioni correlate all'assistenza, rischio di errori di identificazione, rischio cadute in ospedale). Il rappresentante nell'UGR dei cittadini/pazienti ha partecipato assiduamente alle riunioni plenarie, portando contributi interessanti, corredati da note esplicative, inserite nei verbali.</p> <p>Durante la campagna vaccinale anti-covid19 il Risk Management ha pubblicato contenuti utili per la sicurezza del paziente sia sulla pagina dedicata che fra le News in primo piano (es. Decalogo del vaccinando)</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 2021 per i contenuti della campagna vaccinale anti-Covid19.</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, campagne di sensibilizzazione 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, cadute; ogni 2-3 anni armadio farmaci, check-list carrelli emergenza).</p>
<p>C4 Debito informativo aziendale</p>	<p>Assolto secondo le modalità e le scadenze previste (flusso regionale Eventi avversi e flusso nazionale monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali).</p>
<p>C5 Valutazione dell'informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico</p>	<p>Nel corso del 2021 non era prevista una valutazione dell'informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico.</p>
<p>C6 Valutazione cultura della sicurezza e risultati positivi (elogi/encomi/ringraziamenti)</p>	<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>Durante il 2021, sono stati ricevuti 3 ringraziamenti/elogi</p>

	sulla stampa locale, 2 via email, 4 via social, ma numerosi ringraziamenti/elogi/encomi sono pervenuti direttamente nei reparti di degenza e negli hub vaccinali. E' in corso di implementazione una raccolta di tali ringraziamenti a cura dei referenti del rischio clinico.
--	--

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA'

Attività di formazione e valutazione svolte a livello aziendale e interaziendale

<p>F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale 2021</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.</p> <p>Nel 2021 sono stati erogati i seguenti corsi ECM inerenti la gestione del rischio clinico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bls-d blended 2021 (crediti ecm 5,8): 445 formati in 41 edizioni - bls-d pediatrico 2021 (crediti ecm 13): 12 formati, 1 edizione - fad dispositivi di protezione individuale 2021 (crediti ecm 4): formati 785 - fad neoassunto 2021 (crediti ecm 4): formati 88 - corso avanzato ossigenoterapia ad alti flussi aspetti nutrizionali del paziente con covid 19 (crediti ecm 17,4): formati 69 - corso competenze ostetriche in ambito neonatale (crediti ecm 26,3): formati 10 - corso fad emergenze endoscopiche (crediti ecm 6): formati 274 - corso fad infezione da sars-cov2- focus sull'insufficienza respiratoria (crediti ecm 4): formati 499 <p>Corso non ECM sulla somministrazione dei vaccini anti-Covid19, destinato agli operatori delle equipe vaccinali, formati 665 discenti in 35 edizioni.</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 2021 sono stati effettuati audit su 11 Strutture/ Articolazioni organizzative aziendali.</p>
<p>F3 Promozione dell'igiene delle mani</p>	<p>La promozione dell'igiene delle mani avviene in maniera costante tramite:</p> <p>1.tabelle riassuntive riguardanti le tecniche di lavaggio nelle zone in cui è praticata l'igiene delle mani (es. in prossimità dei lavandini delle medicherie, in prossimità dei dispenser ecc...)</p>

	<p>2. disposizione di dispenser contenenti la soluzione idro-alcolica in prossimità delle zone in cui è erogata l'assistenza (punti di cura).</p> <p>Nel 2021 la promozione dell'igiene delle mani è stata intensificata attraverso disposizioni della direzione, della medicina preventiva, del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO).</p>
F4 Incontri con gli operatori sanitari finalizzati all'introduzione di nuove tecniche e utilizzo di nuovi dispositivi di sicurezza	L'introduzione di nuove tecniche e nuovi dispositivi di sicurezza avviene generalmente mediante incontri ad hoc con il personale.
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 e PBLSD	L'Azienda richiede agli operatori il corso BLS/PBLSD ogni 2-3 anni/operatore. Nel 2021 sono state eseguite 41 edizioni del corso BLS (formati 445 discenti) e 1 edizione del corso PBLSD (formati 10 discenti).
F7 Definizione profilo di competenza e sua valutazione	<p>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 delle strutture certificate. In queste strutture la valutazione delle competenze viene effettuata su apposita scheda tutte le volte che è ritenuto necessario (esempio: nuovi ingressi/nuove mansioni, introduzione di nuove metodiche diagnostiche o di nuove apparecchiature).</p> <p>Nel 2021 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.</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	Tale processo è effettuato in maniera autonoma e non standardizzata dalle diverse SS.CC./SSD.

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

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

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

S1.7 Raccomandazione 7 – Mar. 2008 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	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"/>
S1.8 Raccomandazione 8 – Nov. 2007 Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.9 Raccomandazione 9 – Apr. 2008 Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.10 Raccomandazione 10 – Sett. 2009 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <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"/>
S1.11 Raccomandazione 11 – Genn. 2010 Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <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"/>
S1.12 Raccomandazione 12 – Ago. 2010 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike"	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.13 Raccomandazione 13 – Nov. 2011 Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura aziendale Diffusione alle strutture interessate: Invio formale della procedura Raccomandazione sito intranet e internet Procedura sito intranet aziendale Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

S1.14 Raccomandazione 14 – Ott. 2012 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.15 Raccomandazione 15 – Febb. 2013 Morte o grave danno conseguente a non corretta operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso attribuzione del codice triage nella Centrale	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.16 Raccomandazione 16 – Apr. 2014 Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale (pubblicata raccomandazione)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
S1.17 Raccomandazione 17 – Dic. 2014 Riconciliazione della terapia farmacologica	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diffusione alle strutture interessate:	
S1.18 Raccomandazione 18 – Sett. 2018 Prevenzione degli errori di terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
S1.19 Raccomandazione 19 – Ott. 2019 Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Diffusione alle strutture interessate:	
	Invio formale della procedura	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Procedura sito intranet aziendale	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

S.2 Sviluppo Buone Pratiche	
S2.1 Audit Clinici accreditati ECM	Nel 2021 sono stati effettuati 6 audit su eventi significativi.
S2.2. Sicurezza/Accuratezza	L'Azienda utilizza uno strumento integrato ed unitario per la documentazione sanitaria rappresentato dalla cartella clinica organizzata per sezioni e

<p>nella compilazione documentale</p>	<p>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 nelle SS.CC. Medicina Interna 1, Oncologia, Medicina d'urgenza e Malattie Infettive. La richiesta di consulenze è informatizzata su tutta l'Azienda.</p> <p>A partire da Ottobre 2019, è stato introdotto in tutti i reparti un software per la compilazione di anamnesi/esame obiettivo/ricognizione-riconciliazione/lettera di dimissione.</p>
<p>S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica</p> <p>S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia</p> <p>S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria</p> <p>S2.2.4 Consensi al trattamento dati sensibili e Consensi Informati al trattamento Sanitario</p>	<p>Annualmente la DMPO esegue un controllo a campione sulla documentazione sanitaria; periodicamente il controllo di gestione monitorizza l'utilizzo delle consulenze informatizzate.</p> <p>Tutte le SS.CC./SSD di degenza sono dotate di Scheda Terapeutica Unica cartacea, definita anche Universale, in quanto uguale in tutte le strutture, dal 2018. La scheda terapeutica informatizzata è disponibile solo nelle SS.CC. dotate di cartella elettronica.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>La DMPO esegue annualmente controlli a campione anche dei consensi al trattamento dei dati sensibili e dei consensi informati al trattamento sanitario.</p>
<p>S2.3. Corretta identificazione del paziente</p>	<p>Tutte le SC/SSD di degenza e la SC Medicina Nucleare sono dotate di braccialetto identificativo.</p>
<p>S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza</p>	<p>Nel 2021 le attività di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sono state focalizzate prevalentemente sulla prevenzione delle infezioni nosocomiali da SARS-Cov2 e Candida Auris.</p> <p>In particolare sono state elaborate/aggiornate e diffuse istruzioni operative/procedure/checklist nei vari setting e percorsi.</p>
<p>S2.5. Igiene delle mani</p>	<p>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 2021 il monitoraggio ha mostrato un consumo totale adeguato agli standard richiesti.</p>
<p>S2.6. Prevenzione e gestione cadute</p>	<p>Nel 2021 è proseguita l'applicazione delle attività degli anni precedenti (vedi F5).</p>
<p>S2.7. Prevenzione della contenzione fisica</p>	<p>La prevenzione della contenzione fisica si basa sull'utilizzo di una scheda che presenta criteri molto restrittivi e sulla prevenzione del delirium.</p>

S2.8. Prevenzione e gestione lesioni da pressione (LDP)	Il protocollo per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressioni è stato sviluppato in area medica e in terapia intensiva e include indicazioni per identificare i soggetti a rischio di contrarre lesioni da pressione (l.d.p.), prevenire l'insorgenza di lesioni da pressione nei soggetti a rischio, uniformare l'attività infermieristica relativa alla prevenzione delle lesioni da pressione
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 2021 è stato elaborato il PDTA Ictus e sono stati pubblicati su intranet i PDTA urgenze biliari e urgenze non biliari.
S2.11 Percorso nascita	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. Nel 2021 sono stati rilevati i seguenti indicatori: - parti totali: 796, di cui 221 tagli cesarei - allattamento materno esclusivo : 481 neonati; misto: 138; artificiale: 16 - prime visite consultorio: 130 a La Spezia e 82 a Sarzana - corsi di accompagnamento alla nascita: 10 incontri al consultorio di La Spezia e 7 incontri al Consultorio Sarzana.
S2.12 Buone pratiche AGENAS	In corso di inserimento.
S2.13 Controlli carrelli di emergenza	I controlli dei carrelli di emergenza avvengono durante gli audit interni della SS Qualità e Accreditamento.
S4.3 Monitoraggio percorso farmaci	Il percorso aziendale dei medicinali è informatizzato dal loro arrivo in azienda, a seguito di un ordine amministrativo, alla richiesta e fino alla consegna al paziente o al reparto. Dal 2019, il percorso, è stato implementato con la tracciatura relativa al numero di confezione per tutte le erogazioni effettuate al paziente, per la successiva assunzione al domicilio, ed anche per le erogazioni ospedaliere che avvengono tramite il magazzino centrale di Vincinella. Nel 2021 sono state aggiornate tutte le procedure della SC Farmacia e pubblicate su intranet.
S4.6 Monitoraggio Percorso Alimenti	Nel corso del 2021 sono stati effettuati negli Stabilimenti del Presidio Ospedaliero n° 20 campionamenti, di cui n° 12 presso l'Ospedale della Spezia (1 di questi presso la mensa), n° 8 presso l'Ospedale di Sarzana (1 di questi presso la mensa), con il prelievo di n° 81 campioni di alimenti ed effettuazione di n° 84 prelievi ambientali. Non è stata rilevata la presenza di microrganismi patogeni o indicatori, né negli alimenti né sulle superfici.
S4.7 Monitoraggio Percorso Sterilizzazione	Nella centrale di sterilizzazione aziendale sono presenti 3 autoclavi da 8 unità e una sterilizzatrice al plasma. Attività svolta nel 2021: totale cicli autoclavi dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021 = 7040 totale kit processati dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021 = 14.854

	<p>totale buste vapore (b.s.-b.d.) processate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021 = 87.632</p> <p>totale buste gas plasma (b.s.-b.d.) processate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021 = 5.836</p> <p>Nel corso del 2021 non sono state rilevate difformità da quanto previsto.</p>
<p>S4.8 Monitoraggio Trasporti intraospedalieri</p>	<p>I trasporti intraospedalieri si distinguono in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trasporti programmati: da eseguirsi nel rispetto degli orari indicati nelle richieste trasmesse dalle SS.CC./SSD e nel caso di richieste particolari non oltre 20 minuti dalla richiesta; - trasporti di rientro del paziente in reparto dopo esecuzione dell'accertamento/consulenza: da eseguirsi entro e non oltre 20 minuti dalla richiesta del servizio interessato. <p>Il Direttore Medico, i Dirigenti Medici e il Personale della DMPO, in un rapporto di collaborazione fattivo e quotidiano con i referenti, monitorano il mantenimento dello standard qualitativo e quantitativo richiesto, in termini di organizzazione del servizio, gestione del personale dedicato, mezzi e attrezzature impiegate, rapporti con le strutture ospedaliere.</p> <p>La DMPO acquisisce inoltre le segnalazioni di reclamo, di insoddisfazione, di anomalie di comportamento in forma scritta e orale da parte dell'utenza e del personale dei reparti richiedendo chiarimenti per iscritto ai Referenti al fine di attuare con gli stessi i necessari interventi correttivi.</p> <p>Per fronteggiare la pandemia dovuta alla diffusione del virus Sars Cov 2, nel corso del 2021 è stata prevista nel caso di richiesta di trasporto di pazienti positivi al Covid o sospetti, la predisposizione "on demand" di trasporto Covid, con l'utilizzo di adeguate precauzioni e successive modalità di sanificazione.</p> <p>Nell'anno 2021 non risultano pervenute segnalazioni relative ad episodi degni di nota.</p>
<p>S4.10 Gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi*, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali**).</p>	<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>Sono già state affidate le attività relative alle esercitazioni antiincendio e ai corsi di aggiornamento per gli anni 2022 e 2023.</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 2021 sono state gestite 115 revoche/ritiri di farmaci, 15 note informative importanti AIFA/EMA e 319 Adverse Drug Reaction nell'ambito della farmacovigilanza.</p>
<p>S4.2 Monitoraggio non conformità che emergono dai piani di manutenzione ordinaria/ straordinaria per strutture, impianti,</p>	<p>1) La rilevazione di criticità/non conformità avviene da parte della Struttura interessata (utilizzatore dell'apparecchiatura), ovvero da parte dell'Ingegneria Clinica anche attraverso la società affidataria della manutenzione del bene oggetto di verifica. L'ingegneria Clinica, confrontandosi con l'utilizzatore, valuta l'eventuale necessità di fermo macchina dell'apparecchiatura e /o attrezzatura in attesa di esecuzione intervento tecnico per la rimozione della non conformità da parte del soggetto incaricato ed attivato mediante compilazione</p>

<p>apparecchiature</p>	<p>apposita modulistica e/o SW gestionale Ingegneria Clinica.</p> <p>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.</p> <p>3) In caso di non conformità, quali ad esempio quelle dovute ad elementi riguardanti la indisponibilità di pezzi di ricambio, obsolescenza con gravi carenze di sicurezza per il paziente e l'operatore non risolvibili con un intervento ordinario oppure danno irreparabile, ovvero per valutata opportunità di aggiornamento tecnologico a beneficio dell'utenza oltreché dell'attività di reparto, l'Ingegneria Clinica dispone il fuori uso dell'attrezzatura, a seguito di confronto con l'utilizzatore. La Struttura interessata, sottopone all'Ingegneria clinica, se del caso, istanza di sostituzione del bene fuori uso mediante apposita modulistica secondo la procedura aziendale. L'Ingegneria Clinica valuta il fabbisogno e lo sottopone alla Direzione Strategica.</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 2021 sono state gestite 15 Pratiche introduzioni dispositivi medici, 132 procedure di richiamo/avvisi di sicurezza dispositivi medici, 2 segnalazioni mancati incidenti, incidenti e reclami dispositivi medici.</p>
<p>S5.2 Monitoraggio Procedura Readback</p>	<p>Nel 2021 non ci sono state segnalazioni di eventi avversi/near miss dovuti a mancato rispetto della procedura readback.</p>

IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI

(IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

I1 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
I2 C.G.S. (Comitato di Gestione Sinistri)	Il Referente aziendale del rischio clinico nel 2021 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
I3 Report Sinistri	Il report sinistri viene elaborato a cura della S.C. Affari Generali e legali.
I4 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, 30 aprile 2022



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