

ALLEGATO N. 1 ALLA DELIBERAZIONE N. 738 DEL 31 agosto 2023

**Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Sociosanitaria n. 5
La Spezia**

**RELAZIONE DI ATTIVITA'
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE
ANNO 2022**

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.

G1 Modello organizzativo aziendale Unità Gestione Rischio (UGR)	Nel 2022 con Delibera del DG n.871 del 29/9/2022 "Riorganizzazione del sistema aziendale di gestione del Rischio clinico e aggiornamento nomine Referenti del rischio clinico e composizione dell'Unità di Gestione del rischio" è stata formalizzata la nuova organizzazione aziendale per la gestione del rischio clinico, basata su un modello a rete, con identificazione delle varie responsabilità; sono state inoltre aggiornate le nomine dei referenti del rischio clinico di tutte le SC/SSD e la composizione dell'UGR. Con Delibera n.872 "Presa d'atto gestione attività del Rischio Clinico 2020/21 e piano 2022/23" è stato definito il piano delle risorse per garantire gli standard di sicurezza previsti. 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 eventi avversi e delle situazioni critiche. Obiettivo del Risk Management Aziendale è sensibilizzare tutti i dipendenti ad acquisire maggiore consapevolezza della politica di gestione degli eventi avversi, supportandoli con la formazione e l'adozione di strumenti snelli ed ergonomici (lean organization). 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 eventi avversi e dei quasi eventi, rendendoli un'opportunità di insegnamento e miglioramento per tutti.
G2 Gruppo Operativo UGR G2.1 N° incontri gruppo operativo UGR nel 2022 G2.2. Referenti aziendali rischio comparto e dirigenza	Con Delibera del DG n.871 del 29/9/2022 "Riorganizzazione del sistema aziendale di gestione del Rischio clinico e aggiornamento nomine Referenti del rischio clinico e composizione dell'Unità di Gestione del rischio" è stata aggiornata la composizione dell'UGR. L'UGR si è riunita in plenaria una volta nel 2022 (14 giugno); 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 partecipano anche alla formazione interattiva riservata ai Referenti del rischio clinico delle Strutture ospedaliere e territoriali. I Referenti del rischio clinico sono stati riuniti in seduta plenaria durante il 2022 in occasione dei 4 appuntamenti del corso annuale del rischio clinico; inoltre sono stati incontrati più volte nell'ambito dei gruppi di lavoro finalizzati ai progetti e agli audit clinici. La strategia di comunicazione costante con la rete dei referenti è basata sulla piattaforma Intranet, la posta elettronica e un sistema di messaggistica istantanea.
G3 Esplicitazione obiettivi in materia di gestione rischio Clinico	Gli obiettivi in materia di gestione del rischio clinico del 2022 sono stati esplicitati nella riunione plenaria dell'UGR del 14 giugno 2022 e nella delibera n.872 "Presa d'atto gestione attività del Rischio Clinico 2020/21 e piano 2022/23": 1. Supporto accreditamento di eccellenza SIED della SC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva 2. Organizzazione della 4° Giornata Mondiale per la Sicurezza dei pazienti: la ricognizione farmacologica come strumento per la riduzione dei rischi nei pazienti in politerapia 3. Elaborazione progetto di revisione e razionalizzazione della cartella clinica 4. Promozione entro la fine del 2023 dell'attivazione del gruppo di lavoro dedicato alla definizione del profilo di competenze degli operatori sanitari 5. Miglioramento report annuale su monitoraggio non conformità strutture/impianti/apparecchiature 6. Supporto all'elaborazione di istruzioni operative sul monitoraggio del percorso Alimenti,

	Trasporti e Sterilizzazione 7. Elaborazione di procedura per la gestione delle assenze improvvise dei professionisti sanitari (dirigenza medica e comparto) (O.B.2022) 8. Revisione di almeno 5 procedure relative alle Raccomandazioni Ministeriali di sicurezza (O.B.2022) 9. Elaborazione Procedura gestione lesioni da pressione (LDP) e instaurazione monitoraggio nuove LDP (2022-23) 10. Effettuazione monitoraggio istruzione operativa Read-back, rilevazione del dolore (2022-23) 11. Monitoraggio precauzioni standard/isolamento (2022-23) 12. Costruzione sistema di indicatori su Infezioni correlate all'assistenza (ICA) (O.B.2022) 13. Progetto biennale di miglioramento della gestione della sepsi in ospedale (O.B.2022) 14. Valutazione proattiva mediante tecnica FMECA del processo di teleconsulto e di nutrizione parenterale 15. Partecipazione all'elaborazione del Manuale Operativo dell'Ospedale di Comunità 16. Supporto alla elaborazione delle Istruzioni operative e all'attivazione dei percorsi di fast-track 17. Organizzazione corsi aziendali in materia di sicurezza dei pazienti
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 2022 sono stati ricevuti 39 Incident Reporting relativi a eventi avversi/near miss nell'ambito delle seguenti procedure: Procedura terapeutica 12 Procedure organizzative 7 Procedura informatica 5 Procedura diagnostica 5 Procedura assistenziale 4 Procedura trasporto pazienti 2 Procedura identificazione/trasfusionale 2 Procedura chirurgica 1 Altro 1 Per la gestione di tali eventi sono state eseguite le seguenti azioni di miglioramento: 1. Ridefinizione percorso biopsie polmonare transtoraciche 2. Aumento zaini per trasporto interospedaliero 3. Riorganizzazione copertura OSS sala emodinamica 4. Elaborazione Procedura emergenze/urgenze San Bartolomeo 5. Definizione percorso di trasferimento e relative priorità 6. Ripresa di attività del gruppo di lavoro sicurezza in sala operatoria 7. Ripetuti aggiornamenti e diffusione della Procedura "ospedale covid-free" 8. Refresh sulla corretta etichettatura delle infusioni con pompa 9. Aggiornamento equipe vaccinali su indicazioni vaccino bivalente rispetto al vaccino original 10. Elaborazione Istruzione operativa per le sedute vaccinali non Covid 11. Refreshing "buona pratica per le sedute vaccinali Covid" 12. Elaborazione e diffusione IO "Gestione casi sospetti per vaiolo delle scimmie" 13. Refreshing buona pratica per una corretta emotrasfusione 14. Elaborazione di indicazione per la segnalazione di soggetti non residenti con TAR per SarsCov2 positivo 15. Refreshing su inserimento esito TAR positivi per SarsCov2 in PS 16. Refreshing sulla corretta compilazione della STU 17. Intervento informatico per migliorare la sicurezza della compilazione della lettera di dimissione 18. Aggiornamento e diffusione del PDTA ictus 19. Intervento gestione tecnica su una sala di attesa 20. Aggiornamento IO "Percorso gravide in epoca Covid"
G4.2 Misurazione cadute G4.3 Misurazione	Monitoraggio Eventi Avversi Cadute: viene eseguita valutazione periodica del numero delle cadute (tasso per 1000 giorni di degenza). Il monitoraggio annuale 2022 ha evidenziato una riduzione del tasso/1000 giornate di degenza da 1.93 a 1.72 (- 20% circa rispetto al 2021). Il tasso delle cadute con danno medio-grave si è anch'esso ulteriormente ridotto, passando da 0.13 nel 2021 a 0,11 nel 2022 (-15% circa). Lesioni da pressione: nel 2022 il monitoraggio (cartaceo) è stato eseguito nel dipartimento medico. Il report dell'area medica ha documentato un tasso di 0,6 LDP di nuova insorgenza ogni 1000 giornate di ricovero dal 01/06/2022 al 31/12/2022.

Lesioni da Pressione (LDP) G4.4 Segnalazione microrganismi Alert infezioni da parte del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) G4.5 Altre misurazioni	Dati CIO 2022: l'attività di monitoraggio si è articolata su tre fronti: 1. i casi di infezione da SARS-CoV2 insorti durante il ricovero risultati pari all'atteso 2. i casi di infezione/contaminazione da Candida Auris che sono risultati in tutto 7 3. le infezioni correlate all'assistenza il cui tasso è risultato inferiore alla media nazionale. Come germi multiresistenti oggetto di sorveglianza, si segnalano: 1. Enterococcus faecium con un tasso di resistenza alla vancomicina del 28%, come nel resto d'Italia 2. Klebsiella pneumoniae con un tasso di resistenza ai carbapenemici del 32% 3. Pseudomonas aeruginosa con un tasso di resistenza ai carbapenemici dell'ordine del 30% 4. Stafilococcus aureus con un tasso di resistenza alla meticillina del 40%. Al momento non sono stati individuati stafilococchi vancomicino resistenti. Allontanamenti spontanei: nel 2022 sono stati registrati 13 allontanamenti di pazienti dal reparto di degenza. Segnalazione Aggressioni. Gli episodi segnalati sono stati 49, così distribuiti: Dipartimento Medico 4, DEA 23, Dipartimento Materno-Infantile 11, Dipartimento Salute Mentale 9, Dipartimento Prevenzione 1, Dipartimento dei Servizi 1. L'aggressione è stata prevalentemente verbale per 33 casi, il resto riguarda gesti violenti e spinte per 16 casi; Si è verificata a carico di un infermiere nel 71% dei casi, di un medico nel 24%, di un infermiere e di un medico nel 2% e di altri operatori nel 2% dei casi; è stata sporta denuncia di infortunio in nove casi e denuncia alle forze dell'ordine in un solo caso. L'aggressore è stato più spesso un paziente.
G5 Eventi sentinella G5.1 Misurazione eventi sentinella	Nel 2022 sono stati registrati 2 eventi sentinella.
G6 Gestione sinistri G6.1. Misurazione sinistri	La gestione dei sinistri avviene in linea con il protocollo regionale (DGR n. 102 del 31/01/2014).
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 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). Nel 2022 è stato eseguito un benchmarking esteso a tutte le strutture attraverso gli indicatori del PNE e della valutazione delle performance del Laboratorio MES della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Il PNE ha messo in evidenza un livello di aderenza molto alto a standard di qualità per i seguenti indicatori: • STEMI: proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 min • IMA: mortalità a 30 giorni • Colectomia laparoscopica: volume superiore a 50 casi/anno • Mastectomia: volume superiore a 135 casi/anno • Intervento chirurgico per K polmone: mortalità a 30 giorni • Nuovi interventi entro 120 giorni per chirurgia conservativa per K mammella e un livello di aderenza alto a standard di qualità per i seguenti indicatori: • Proporzione di parti con taglio cesareo primario • Colectomia laparoscopica: ricoveri con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni La valutazione delle performance del laboratorio MES ha evidenziato un punteggio migliore

	rispetto alla media regionale per i seguenti indicatori: • Percentuale abbandoni spontanei da PS • Percentuali dimessi da PS in meno di 8 ore • Indicatore sintetico appropriatezza prescrittiva • Estensione/adesione a programmi di screening • Tassi e appropriatezza di ricovero • Tempi di attesa per chirurgia oncologica • Aderenza terapeutica
--	--

COMUNICAZIONE

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

C1 Sistemi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione delle informazioni e delle evidenze per la sicurezza del paziente	Il sistema di comunicazione interno in materia di rischio clinico è rappresentato da una pagina dedicata di Intranet, dalla mail aziendale e da un sistema di messaggistica istantanea. Nel 2017 è stata iniziata la pubblicazione sull'Homepage Intranet di comunicati periodici del Risk Management (generalmente lezioni apprese da eventi avversi analizzati). 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 web dell'ASL. L'informazione avviene prevalentemente attraverso il sito internet, nonché mediante la produzione di poster e brochure dedicate, affissi e distribuiti 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 partecipa assiduamente alle riunioni plenarie, portando contributi interessanti, corredati da note esplicative, inserite nei verbali. Nel 2022 è stata aggiornata la pagina internet del Risk Management sul sito aziendale esterno. Inoltre il Risk Management realizza, in collaborazione con l'ufficio stampa, comunicati internet, servizi su stampa e TV locale in occasione della Giornata Nazionale contro la violenza a danno degli operatori sanitari, della Giornata Mondiale per l'igiene delle mani, della Giornata Mondiale per la sicurezza dei pazienti e della Settimana Mondiale per l'uso consapevole degli antibiotici.
C2 Sistemi interni all'azienda di comunicazione e diffusione delle informazioni	Tutti gli aggiornamenti sono prontamente pubblicati su intranet e inviati via email ai referenti del rischio, presenti in ogni reparto/dipartimento e condivisi sul sistema di messaggistica. Contenuti particolari vengono diffusi con incontri ad hoc rivolti a singoli reparti o gruppi di reparti.
C3 Diffusione e feedback relativamente a: procedure / istruzioni di lavoro approvate, decisioni concordate in fase di riunioni a vario titolo	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).
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 2022 non è stata eseguita valutazione dell'informazione fornita ai cittadini sul rischio clinico.
C6 Valutazione cultura della sicurezza e risultati positivi (elogi/encomi/ringraziamenti)	La valutazione della cultura della sicurezza viene eseguita ogni 3 anni; l'ultima valutazione del benessere organizzativo è stata eseguita nel 2021 sul personale del comparto. Durante il 2022, sono stati ricevuti 26 ringraziamenti/elogi sulla stampa locale, 1 via email, 2 via social, 11 dall'URP e 14 ringraziamenti/elogi/encomi sono pervenuti direttamente nei reparti di degenza e negli hub vaccinali. E' stato creato un sistema di raccolta di tali manifestazioni Al fine di non disperderli, è stato creato per il 2023 un sistema raccolta attraverso il gruppo dei referenti del rischio clinico.

FORMAZIONE: CONOSCENZE E ABILITA

Attività di formazione e valutazione svolte a livello aziendale e interaziendale

F1 Piano formativo UGR aziendale e interaziendale 2022	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. Nel 2022 sono stati erogati i seguenti corsi ECM inerenti la gestione del rischio clinico: <table><tr><th>TITOLO CORSO</th><th>NUMERO EDIZIONI</th><th>ORE A EDIZIONE</th><th>TOTALE ORE</th><th>PARTICIPANTI ACCREDITATI A EDIZIONE</th><th>NUMERO PARTECIPANTI FORMATI</th><th>CREDITI ECM</th></tr><tr><td>CORSO NEOASSUNTO</td><td>3</td><td>04:30</td><td>13:30</td><td>90</td><td>232</td><td>4</td></tr><tr><td>CORSO BLS-D PEDIATRICO</td><td>3</td><td>05:30</td><td>16:30</td><td>14</td><td>40</td><td>7,4</td></tr><tr><td>CORSO BLS-D</td><td>12</td><td>05:00</td><td>60:00</td><td>14</td><td>162</td><td>8</td></tr><tr><td>CORSO RISCHIO CLINICO</td><td>1</td><td>20:15</td><td>20:15</td><td>100</td><td>70</td><td>20</td></tr></table>	TITOLO CORSO	NUMERO EDIZIONI	ORE A EDIZIONE	TOTALE ORE	PARTICIPANTI ACCREDITATI A EDIZIONE	NUMERO PARTECIPANTI FORMATI	CREDITI ECM	CORSO NEOASSUNTO	3	04:30	13:30	90	232	4	CORSO BLS-D PEDIATRICO	3	05:30	16:30	14	40	7,4	CORSO BLS-D	12	05:00	60:00	14	162	8	CORSO RISCHIO CLINICO	1	20:15	20:15	100	70	20
TITOLO CORSO	NUMERO EDIZIONI	ORE A EDIZIONE	TOTALE ORE	PARTICIPANTI ACCREDITATI A EDIZIONE	NUMERO PARTECIPANTI FORMATI	CREDITI ECM																														
CORSO NEOASSUNTO	3	04:30	13:30	90	232	4																														
CORSO BLS-D PEDIATRICO	3	05:30	16:30	14	40	7,4																														
CORSO BLS-D	12	05:00	60:00	14	162	8																														
CORSO RISCHIO CLINICO	1	20:15	20:15	100	70	20																														
F2 Valutazione e verifica del grado di implementazione delle procedure aziendali basate sulle raccomandazioni ministeriali	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. Nel 2022 sono stati effettuati 20 Audit di sistema nelle seguenti Strutture/Servizi aziendali: Anatomia Patologica, Medicina Nucleare, Laboratorio Specialistico di Tossicologia, Radioterapia, Fisica Sanitaria, Patologia Clinica e Laboratorio Analisi, Immunoematologia e Servizi Trasfusionali, Radiologia e Neuroradiologia SP, Neurologia, Ostetricia, Pronto Soccorso SP, Ortopedia/ORL degenza + Ambulatori ORL, Pronto Soccorso Sarzana, Nefrologia reparto + Ambulatorio Dialisi PAD centrale, Ambulatori Distretto 17 sede Levante, Ambulatori Casa Salute SZ Distretto 19, Medicina Interna 1, Blocco Operatorio SP, Assistenza Psichiatrica Distretti 17-19 sede Sarzana, Geriatria. I principali rilievi suddivisi in Non conformità (NC) e osservazioni (OSS) sono stati i seguenti (Relazione annuale attività audit 2022): ☐ Documentazione clinica (NC) vedi punto S.2.2.1. "Attività di verifica della compilazione della cartella clinica" ☐ Sistema gestione qualità (NC): necessità di potenziare l'implementazione interna delle procedure operative elaborate (esempio: elaborazione di istruzioni operative relative all'utilizzo di attrezzature o a tecniche utilizzate) e migliorare i tempi di revisione delle stesse ☐ Elaborazione di protocolli/percorsi diagnostico-terapeutici (OSS): necessità di strutturare meglio e formalizzare a sistema protocolli e soprattutto																																			

	percorsi al fine di uniformare le prestazioni, almeno relativamente alle patologie più frequenti e/o significative per le Strutture ospedaliere e la presa in carico del paziente fragile per le Strutture territoriali ☐ Check di controllo (NC): da implementare l'adozione di check di controllo ed utilizzo di quelle già esistenti in Azienda ☐ Rischio clinico (OSS): in alcune Strutture, evidenza di miglioramento nella gestione degli eventi avversi-near miss (utilizzo della scheda di incident reporting o altro strumento di segnalazione, analisi strutturata preventiva o correttiva relativamente a near-miss o eventi avversi occorsi). Da potenziare ulteriormente l'implementazione di procedure elaborate dall'Azienda in recepimento delle Raccomandazioni ministeriali ☐ Informativa all'utenza: da migliorare la gestione delle informazioni all'utenza, sia tramite aggiornamento periodico della cartellonistica inserita nelle apposite bacheche per trasparenza nei confronti dell'utente (NC), sia con la redazione di brochure informative per l'utenza o utilizzo di carta dei servizi decentrata (OSS). ☐ Gestione formazione (NC): Migliorare l'applicazione della PR_gov_05 relativamente alla condivisione del fabbisogno formativo degli operatori assegnati a livello dipartimentale, per stabilire in modo più equo e secondo priorità concordate gli interventi formativi da effettuare nell'ambito della pianificazione annuale; buona l'evidenza di valutazione dell'efficacia degli eventi formativi effettuati e di valutazione dell'operatore neoassunto previo affiancamento, in particolare per la dirigenza ☐ Valutazione delle prestazioni offerte (OSS): da migliorare l'attitudine alla valutazione e monitoraggio delle prestazioni offerte (utilizzo di indicatori di performance, di esito e di processo e/o programma di miglioramento) ☐ Rilevazione e analisi della soddisfazione dell'utente (OSS): da potenziare la rilevazione della soddisfazione dell'utenza a livello aziendale ☐ Umanizzazione (OSS): potenziare la cartellonistica e la diffusione di brochure informative multilingue per orientare meglio il paziente.
F3 Promozione dell'igiene delle mani	La promozione dell'igiene delle mani avviene in maniera costante tramite: 1.tabelle riassuntive riguardanti le tecniche di lavaggio nelle zone in cui è praticata l'igiene delle mani (es. in prossimità dei lavandini delle medicherie, in prossimità dei dispenser, ecc...) 2.disposizione dei dispenser contenenti la soluzione idro-alcolica in prossimità delle zone in cui è erogata l'assistenza (punti di cura). Nel 2022 la promozione dell'igiene delle mani è stata intensificata attraverso disposizioni della direzione, della medicina preventiva, del CIO e campagna di sensibilizzazione rivolta a operatori sanitari e cittadini, in occasione della Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani (5 Maggio 2022).
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. Non ci sono state nuove introduzioni nel 2022.
F5 Prevenzione e valutazione del rischio di caduta	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. 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.
F6 BLSD e PBLSD	L'Azienda richiede agli operatori il corso BLSD/PBLS ogni 2-3 anni/operatore. L'intervallo è rispettato prevalentemente per gli operatori sanitari del DEA. Nel 2022 sono state eseguite 12 edizioni del corso BLSD (formati 162 discenti) e 3 edizioni del corso PBLSD (formati 40 discenti).

F7 Definizione profilo di competenza 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 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). Nel 2022 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. Fra gli obiettivi dell'ultimo Piano Aziendale del Rischio clinico è prevista la formazione di un gruppo di lavoro aziendale in merito.
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 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
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 [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
S1.3 Raccomandazione 3 – Mar. 2008 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e dell'applicazione della checklist di sala	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI [X]	NO []
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
	Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []
(La checklist è utilizzata in tutte le sale operatorie ASL)			
S1.4. Raccomandazione 4 – Mar. 2008 Prevenzione del suicidio di paziente in	Procedura aziendale	SI [X]	NO []
	Diffusione alle strutture interessate:		

ospedale	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.5 Raccomandazione 5 – Mar. 2008 Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
S1.6 Raccomandazione 6 – Mar. 2008 Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
S1.7 Raccomandazione 7 – Mar. 2008 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
S1.8 Raccomandazione 8 – Nov. 2007 Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
S1.9 Raccomandazione 9 – Apr. 2008 Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Invio formale della procedura	SI ☐	NO ☒
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
S1.10 Raccomandazione 10 – Sett. 2009 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☐	NO ☒
S1.11 Raccomandazione 11 – Gen. 2010 Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐

S1.12 Raccomandazione 12 – Ago. 2010 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look-alike/sound-alike”	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.13 Raccomandazione 13 – Nov. 2011 Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.14 Raccomandazione 14 – Ott. 2012 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.15 Raccomandazione 15 – Feb. 2013 Morte o grave danno conseguente a non corretta operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso attribuzione del codice triage nella Centrale	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
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 aziendale (pubblicata raccomandazione)	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.17 Raccomandazione 17 – Dic. 2014 Riconciliazione della terapia farmacologica	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.18 Raccomandazione 18 – Sett. 2018 Prevenzione degli errori di terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐
	Raccomandazione sito intranet e internet	SI ☒	NO ☐
	Procedura sito intranet aziendale	SI ☒	NO ☐
	Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI ☒	NO ☐
S1.19 Raccomandazione 19 – Ott. 2019 Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Procedura aziendale	SI ☒	NO ☐
	Diffusione alle strutture interessate:		
	Invio formale della procedura	SI ☒	NO ☐

Raccomandazione sito intranet e internet	SI [X]	NO []
Procedura sito intranet aziendale	SI [X]	NO []
Incontri di verifica applicazione vedi F2	SI [X]	NO []

S.2 Sviluppo Buone Pratiche

S2.1 Audit Clinici accreditati ECM	Nel 2022 sono stati effettuati 14 audit SEA su Incident Reporting. Nessun audit è stato accreditato ECM.
S2.2. Sicurezza/Accuratezza nella compilazione documentale	L'Azienda utilizza uno strumento integrato ed unitario per la documentazione sanitaria rappresentato dalla cartella clinica organizzata per sezioni e standardizzata su tutte le degenze. Tale documento include campi definiti per le allergie e il foglio unico di terapia (STU). La cartella clinica informatizzata è in uso nelle SS.CC. Medicina Interna 1, Oncologia, Medicina d'urgenza e Malattie Infettive. La richiesta di esami e 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. Nel 2022 è stato elaborato un progetto biennale per la nuova cartella clinica hanno fatto parte del gruppo di lavoro: DMPO, Professioni Sanitarie, Qualità e Rischio clinico; è stato inoltre iniziato un progetto per la dematerializzazione del referto istologico.
S2.2.1 Attività di verifica della compilazione della cartella clinica	Annualmente il Sistema Qualità esegue un controllo a campione sulla documentazione sanitaria; periodicamente il CDG monitorizza l'utilizzo delle consulenze informatizzate. 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 SS.CC. 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. Documentazione clinica (NC): da migliorare la compilazione della cartella clinica e della relativa modulistica (STU, consenso informato, etc), in particolare per il personale medico delle degenze auditate; nelle strutture afferenti al dipartimento medico si è riscontrato un miglioramento significativo nella redazione della c.c. e relativa documentazione.
S2.2.2 Scheda Terapeutica Unica (STU): prevenzione degli errori in terapia	
S2.2.3 Sicurezza in Sala Operatoria	La checklist di sala operatoria è attiva su tutti i blocchi operatori e per tutte le discipline. Il sistema qualità 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	Il Sistema Qualità segue annualmente controlli a campione anche dei consensi al trattamento dei dati sensibili e dei consensi informati al trattamento sanitario. Nel 2022 si è riscontrata la necessità di modificare l'espressione del consenso/dissenso nelle dichiarazioni presenti.
S2.3. Corretta identificazione del paziente	Tutte le SC/SSD di degenza e la SC Medicina Nucleare sono dotate di braccialetto Identificativo con barcode. E' in fase di programmazione la implementazione del braccialetto identificativo con barcode in sala parto e per la sicurezza trasfusionale. Nel mese di dicembre 2022 è stata aggiornata la procedura per la "corretta identificazione del paziente".
S2.4. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Nel 2022 le nuove attività di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sono state focalizzate prevalentemente sulla prevenzione delle infezioni nosocomiali da SARS-Cov2. In particolare sono state elaborate/aggiornate e diffuse istruzioni operative/procedure/checklist nei vari setting e percorsi. Nel mese di luglio 2022 è stata effettuata una survey per tutto il personale infermieristico della Azienda, per verificare il grado di conoscenza e così prevenire le

	infezioni da SARS-Cov2.
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 e non attraverso la misurazione del consumo di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza. L'azienda partecipa al sistema di monitoraggio nazionale, coordinato dall'Istituto Superiore di sanità. Nel 2022 il monitoraggio ha prodotto i seguenti risultati: consumo aziendale aree di degenza: 18 litri/1000 giornate di degenza; aree non degenza: 6 litri al giorno. I dettagli sono trasmessi alle singole SCCC/SSD e pubblicati sulla pagina intranet del CIO.
S2.6. Prevenzione e gestione cadute	Nel 2022 è proseguita l'applicazione delle attività degli anni precedenti (vedi F5).
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. Nel 2022 è stato effettuato dalla S.C. Professioni Sanitarie un monitoraggio sul campo area medica e presso la S.C. Neurologia.
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 (LDP), prevenire l'insorgenza di lesioni da pressione nei soggetti a rischio, uniformare l'attività infermieristica relativa alla prevenzione delle lesioni da pressione. Per esiti del monitoraggio 2022 vedi G4
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 durante gli audit del sistema Qualità. Il monitoraggio 2022 non ha evidenziato criticità.
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 Accredimento e revisionati anche dal Risk Management per gli aspetti di pertinenza. Nel 2022 è stato aggiornato il PDTA Ictus e condiviso con il personale interessato attraverso 3 incontri ad hoc tenuti dalla S.C. Neurologia.
S2.11 Percorso nascita	Il percorso nascita è sottoposto a monitoraggio annuale attraverso una serie di indicatori: Nel 2022 sono stati rilevati i seguenti indicatori: - parti totali: 743, - parti spontanei: 470 (di cui 21 pz precesarizzate) - parti in analgesia richiesti ed eseguita: 70, parti analgesia richiesti non eseguita: 12 - TC elettivi: 84, TC urgenza (codice giallo): 93, TC emergenza (codice rosso): 18 - parti operativi: 78 (di cui 6 pz precesarizzate) - parti in acqua: 1
S2.12 Buone pratiche AGENAS	Nel 2022 non sono state inviate all'osservatorio buone pratiche AGENAS.
S2.13 Controlli carrelli di emergenza	I controlli dei carrelli di emergenza avvengono durante gli audit interni della SS Qualità e Accredimento. Nel 2022 non sono state rilevate criticità nelle strutture auditate.
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. Nel 2022 sono state effettuate 29 ispezioni di armadi di reparto con rilievo di aspetti da migliorare solo in 7 strutture.
S4.5 Monitoraggio percorsi campioni di materiale biologico	La S.C. Anatomia Patologica esegue un monitoraggio costante sui campioni biologici in accettazione e produce un report semestrale: • Nel primo semestre del 2022 sono state registrate 47 anomalie, corrispondente allo 0.79% delle accettazioni, su un totale di 5963 campioni istologici istituzionali pervenuti

	• Nel secondo semestre del 2022 sono state registrate 31 anomalie, corrispondente allo 0.55% delle accettazioni, su un totale di 5556 campioni istologici istituzionali pervenuti
S4.6 Monitoraggio Percorso Alimenti	Nel corso del 2022 sono stati effettuati negli Stabilimenti del Presidio Ospedaliero campionamenti random a livello ambientale e alimentare. Sui tutti i campioni di alimenti sono state effettuate le seguenti determinazioni: • Anaerobi Solfito Produttori (Conta) • Bacillus cereus presunto (Conta) • Mesofili aerobi a 30 °C (Conta) • Escherichia coli beta-glucuronidasi positiva (Conta) • Lysteria monocytogenes (Ricerca) • Salmonella spp (Ricerca) • Stafilococchi coagulasi positivi a 37 °C (Conta) Sui campioni di secondi e contorni (tranne in un caso per campione insufficiente) è stata effettuata anche la Ricerca di Escherichia coli O157. Sui campioni di verdure di contorno è stata effettuata anche la ricerca di Norovirus GGI e GGII tramite RT PCR. Su parte dei campioni di frutta è stata effettuata anche la ricerca di Virus Epatite A tramite RT PCR. Su parte dei campioni di frutta/dolce è stata effettuata anche la ricerca di Virus Epatite A tramite RT PCR. Su prelievi ambientali (effettuati attraverso piastre contact) sono state condotte le seguenti determinazioni: • Mesofili aerobi a 30 °C (Conta) • Muffe: numerazione Su un prelievo (effettuato mediante tampone) per ogni campionamento (tranne un caso) sono stati ricercati anche Virus Epatite A e Norovirus tramite RT PCR e Salmonella. I risultati delle analisi hanno indicato condizioni soddisfacenti.
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 2022: autoclave 1 dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 2.076 cicli autoclave 2 dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 2.100 cicli autoclave 3 dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 2.109 cicli macchina plasma dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 754 cicli totale cicli autoclavi dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 7039 totale kit processati dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 14.776 totale buste vapore (b.s.-b.d.) processate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 90.161 totale buste gas plasma (b.s.-b.d.) processate dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022 = 5.122 Non sono state segnalate anomalie nel processo di sterilizzazione.
S4.8 Monitoraggio percorso rifiuti	L'esito del monitoraggio del percorso rifiuti è riassunto nel MUD (Modello Unico Dichiarazione ambientale) che specifica quanti e quali rifiuti vengono prodotti e come vengono smaltiti e avviati al recupero. Il MUD 2022 è disponibile dal mese di giugno 2023.
S4.9 Monitoraggio Trasporti intraospedalieri	I trasporti intraospedalieri si distinguono in: - 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. 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. Quanto sopra a garanzia dell'ottimizzazione dell'efficienza del servizio nel rispetto dei tempi previsti per la risposta alle richieste di trasporto anche nelle situazioni di emergenza e in caso di sciopero. 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.

	Per fronteggiare la pandemia dovuta alla diffusione del virus Sars Cov 2, nel corso del 2022 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. Nell'anno 2022 non risultano pervenute segnalazioni relative ad episodi degni di nota ad eccezione di prolungato blocco macchina per attesa esame/consulenza.
S4.10 Gestione strutturata di emergenze interne strutturali (incendi*, alluvioni, terremoti e blocchi funzionali**).	Le attività svolte dal Servizio antincendi nel 2022 sono le seguenti: - attività formativa inerente a corsi di aggiornamento sulla sicurezza antiincendio per circa 200 unità di personale ASL5 - esercitazioni antincendio per tutto il P.O. S. Andrea più diverse unità territoriali.
S4.12 Monitoraggio procedure richiamo farmaci e dispositivi	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. Nel 2022 dal monitoraggio relativo ai farmaci risultano: - gestite 205 pratiche per revoche/ritiri di farmaci pervenute e 72 segnalazioni di sospetta reazione avversa ADR (Adverse Drug Reaction) Per quanto riguarda i dispositivi sono state effettuate: - 98 procedure di richiamo/avvisi di sicurezza dispositivi medici.
S4.2 Monitoraggio non conformità che emergono dai piani di manutenzione ordinaria/straordinaria per strutture, impianti, apparecchiature	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 di apposita modulistica e/o SW gestionale Ingegneria Clinica. 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 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. Nel 2022 gli interventi di manutenzione ordinaria sono stati: Impianti di raffrescamento e ventilazione 14,2%, Impianti elettrici 30,6%, Impianti di riscaldamento 52,6%, Impianti generici 0,5%, Impianti idrico sanitario 2,1%. Le operazioni di pronto intervento sono state: impianto di raffrescamento e ventilazione 46,5%, impianto elettrico 36,3%, impianti di riscaldamenti 13,7%, impianto generico 0,24%, impianto idrico sanitario 3,26% E' stata, inoltre, effettuata un'analisi sulle cause delle operazioni di pronto intervento e sui fattori contribuenti alla rapidità di riparazione di un guasto per pianificare opportune azioni di miglioramento.
S 4.4 Monitoraggio percorso dispositivi medici (da	Nel corso del 2019 è stato rivisto il percorso di valutazione e gestione delle richieste di dispositivi medici. Nello specifico è stata introdotta con deliberazione del DG n.238 del 3 aprile 2019 una specifica commissione per l'appropriatezza dei dispositivi medici. Il

introduzione a utilizzo)	monitoraggio relativamente agli aspetti di consumo è avvenuto con report trimestrale per CdC alla direzione strategica. Nel corso del 2022 sono state gestite 14 Pratiche di introduzioni dispositivi medici, 3 segnalazioni mancati incidenti, incidenti e reclami dispositivi medici.
S5.2 Monitoraggio Procedura Readback	Nel 2022 non ci sono state segnalazioni di eventi avversi/near miss dovuti a mancato rispetto della procedura readback.

IMPARARE DALL'ESPERIENZA: GESTIONE SINISTRI (IN AMBITO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO)

I1 Organizzazione Gestione sinistri	Con delibera n.55 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 2022 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	La Regione Liguria e ALISA, in ottemperanza al dettato normativo, hanno creato un flusso informativo regionale per la gestione dei sinistri, modellato su quello ministeriale. Il flusso è centralizzato a livello regionale e unico per tutte le aziende sanitarie e consente di seguire l'iter della pratica del sinistro dalla sua apertura fino alla conclusione degli eventuali procedimenti civili e penali. L'inserimento dei dati per tutto l'iter di un sinistro è a carico delle strutture Affari Legali e Affari Generali di ciascuna Azienda Sanitaria. I contenuti del flusso informativo, dalla data di pubblicazione del D.M. 11/12/2009, sono stati più volte rivisti dal Gruppo Tecnico delle Regioni, per renderli più aderenti alle esigenze locali e di maggiore agevolezza nella ricerca dei dati.
I4 Attività	Nel 2022 non sono stati intrapresi audit a partenza dai sinistri discussi durante le riunioni del Comitato valutazione sinistri. E' proseguito il supporto documentale, tratto dal dossier "Stop Infezioni" coordinato dal Risk Management, per rispondere alle relazioni dei periti di parte nei sinistri aperti su infezioni correlate all'assistenza.

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

La Spezia, 31/5/2023



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

Piano Aziendale
Gestione del Rischio Clinico
2023 - 2024

INDICE

1. Premessa.....	3
2. Il Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico.....	3
3. Il Contesto organizzativo.....	3
4. Il contesto esterno e gli elementi socio-demografici.....	5
5. Il contesto interno	5
6. Le risorse e la produzione	6
7. I risultati dell'autovalutazione della Gestione del Rischio Clinico (CARMINA).....	11
7.1 Risultati anno 2022.....	11
8. Piano delle azioni e dei progetti per la sicurezza dei pazienti per il biennio 2023-24	13

1. Premessa

La Gestione del Rischio Clinico è la funzione che si occupa della identificazione, analisi, prevenzione/controllo/riduzione dei rischi connessi con l'assistenza sanitaria, integrando clinica e organizzazione e trasformando l'incidente in un'occasione di miglioramento.

In ASL 5 tale funzione è affidata all'area **"Risk Management"** della S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria, Controllo di Gestione, in staff alla Direzione Generale.

Mission di tale funzione è la promozione e il coordinamento di iniziative per la sicurezza del paziente, unitamente alla tutela della sicurezza del Personale e degli Ambienti e alla sensibilizzazione in merito della popolazione afferente l'azienda sanitaria, nell'ottica di una gestione integrata del rischio sanitario e nel rispetto delle linee di indirizzo e delle disposizioni in materia, emanate a livello regionale e nazionale.

2. Il Piano Aziendale della Gestione del Rischio Clinico

Il Piano Aziendale della Gestione del Rischio Clinico, previsto dalla D.G.R. n.1308 del 24.11.2006, è un documento programmatico, generalmente biennale, in cui sono esplicitate le priorità di intervento per le quali saranno avviate azioni preventive, correttive e di miglioramento in ambito di sicurezza delle cure.

Il Piano prende le mosse dalla autovalutazione annuale delle attività aziendali di gestione del rischio sanitario, realizzata dall'Unità di Gestione del Rischio, attraverso lo strumento CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated-Approach), secondo quanto stabilito dalla Deliberazione di Giunta Regionale n.161/2016, coordinata dal Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico.

Gli esiti della valutazione CARMINA, integrati con quelli del monitoraggio dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali di Sicurezza e degli altri indicatori di qualità e sicurezza, nonché con le linee di indirizzo regionali e nazionali, rappresentano la base per la compilazione del piano.

La struttura del Piano riflette le 7 aree di valutazione che costituiscono il CARMINA oltre a varie ed eventuali.

3. Il contesto organizzativo

L'Azienda Socio-Sanitaria Ligure 5 provvede ad erogare, direttamente o tramite soggetti pubblici e privati accreditati:

- prestazioni e servizi previsti dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria) nelle forme dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera;
- prestazioni sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria;
- servizi di emergenza sanitaria sul territorio.

Essa opera mediante un presidio ospedaliero a gestione diretta (Presidio Unico del Levante Ligure), mediante una casa di cura convenzionata in disciplina di ortopedia, chirurgia e oculistica (Alma Mater) e un centro convenzionato per la

riabilitazione (Don Gnocchi).

Il Presidio Ospedaliero presente sul territorio dell'ASL n. 5 è denominato Presidio Ospedaliero del Levante Ligure e si compone di tre stabilimenti:

- Stabilimento ospedaliero "Sant'Andrea", Via Vittorio Veneto 197 a La Spezia
- Stabilimento ospedaliero "San Bartolomeo", Via Cisa loc. Santa Caterina a Sarzana
- Stabilimento "San Nicolò", a Levanto, include un Ospedale di Comunità di recente apertura e un punto di primo intervento dotato di una minima attività di radiologia e laboratorio.

Il presidio ospedaliero presenta un dipartimento di emergenza di I° livello che comprende due Pronto Soccorso (presso lo stabilimento S. Andrea della Spezia e S. Bartolomeo di Sarzana) e un punto di primo intervento (Levanto).

La realtà del territorio è articolata in tre distretti:

- Distretto 17 (Val di Vara e Riviera)
- Distretto 18 (Del Golfo)
- Distretto 19 (Val di Magra)



Le attività dell'Azienda sono organizzate in Dipartimenti, più le strutture afferenti la Direzione Strategica:

- Medico, Chirurgico, Materno-infantile, Emergenza, Oncologico e dei Servizi;
- Dipartimento Cure Primarie che comprende i tre distretti;
- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze;
- Dipartimento Tecnico Amministrativo.

Nei Distretti trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale e del Sert e, con riferimento ai servizi alla persona, del Dipartimento di Prevenzione che costituiscono, tuttavia, Aree dipartimentali autonome. Per un approfondimento dell'assetto organizzativo si rimanda al sito aziendale, nella sezione dedicata "Amministrazione trasparente": <http://www.asl5.liguria.it>.

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 (già Azienda Sanitaria Locale n.5 Spezzino) è stata accreditata dalla Regione Liguria con DGR n. 208 del 1 marzo 2013, per quanto si riferisce alle attività ospedaliere, facenti capo ai dipartimenti Ospedalieri del Presidio Ospedaliero del Levante Ligure, e con DGR 1413 del 15 novembre 2013 con riferimento alle attività del territorio, facenti capo al Dipartimento Cure Primarie ed Attività distrettuali ed al Dipartimento Salute Mentale e Sert.

4. Il contesto esterno e gli elementi socio-demografici

L'Azienda Sociosanitaria Ligure 5 opera in un contesto esterno costituito da un territorio in larga parte coincidente con quello della Provincia della Spezia (tre comuni dell'alta Val di Vara – Varese, Carro e Maissana – sono ricompresi nel territorio della ASL 4) con una popolazione distribuita in 29 comuni e 3 distretti socio sanitari.

Sotto il profilo demografico, il tratto saliente della popolazione spezzina è rappresentato dalla cospicua presenza di anziani: le persone con 65 anni o più sono pari al 27.5% circa della popolazione, mentre l'indice di invecchiamento, indicatore che rapporta l'ammontare degli over 64enni a quello dei giovani sotto i 15 anni è pari a 247; ciò significa che ogni 100 giovani fino a 14 anni vi sono ben 247 anziani. Un altro dato che sta assumendo sempre maggiore importanza nel profilo demografico spezzino con importanti conseguenze nella gestione del rischio clinico, come la significativa presenza di anziani di cui sopra, è la presenza straniera: al 1° gennaio 2022 risultavano 20.807 stranieri residenti, pari a poco meno del 10% della popolazione totale, un ammontare e una percentuale in costante aumento negli ultimi 20 anni (dalle 4554 unità del 2003, si è arrivati ai 20.807 del 2022, con un incremento medio annuo dell'8% circa). Agli stranieri residenti vanno poi aggiunti i cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno che, per la provincia spezzina erano pari a 15.381 persone al 1° gennaio 2022 (dato più recente disponibile). Gli indicatori demografici mostrano anche che il Distretto 19 Val di Magra è quello mediamente meno anziano rispetto agli altri due. La quota di stranieri residenti mostra una certa variabilità distrettuale, col distretto 18 che detiene il primato sia come ammontare che percentualmente.

5. Il contesto interno

Il Servizio Sanitario Regionale, negli ultimi anni, è stato caratterizzato da uno stato di difficoltà generalizzato

legato, a livello nazionale, alla grave crisi economica ed alla diminuzione delle risorse assegnate alla Regione - e di conseguenza anche alla ASL 5 – alla pandemia Covid-19 e all'introduzione di rilevanti novità normative.

In questo quadro di riferimento l'Azienda ha proseguito negli anni gli interventi organizzativi e strutturali finalizzati ad una significativa innovazione del modello di offerta dei servizi, con l'obiettivo di realizzare un quadro operativo nuovo sul Territorio, con soluzioni integrate tra quest'ultimo ed il Presidio Ospedaliero, e di avviare un nuovo modello di assistenza in cui inserire il nuovo ospedale che andrà a caratterizzare nel futuro in modo significativo l'offerta di salute nel territorio della Provincia della Spezia.

La ASL 5 ha quindi da tempo avviato un significativo progetto di riorganizzazione e sviluppato azioni - nel medio-lungo periodo – finalizzate alla realizzazione operativa di un nuovo modello di assistenza e di offerta dei servizi che assicuri la centralità del territorio, sede di presa in carico dei problemi sociosanitari del cittadino e di gestione dei percorsi con conseguente riorganizzazione delle attività ospedaliere.

6. Le Risorse e la Produzione (anno 2022)

6.1 Le Risorse

I posti letto ospedalieri direttamente gestiti dal Presidio Ospedaliero dell'Asl 5 sono rappresentati da 437 unità a cui si aggiungono 152 posti letto convenzionati.

Nel 2022 si è registrata una riduzione temporanea di 39 posti letto ordinari da imputare a:

- progetto "Gaslini Diffuso"¹ che prevede il passaggio dei reparti di Pediatria e Neonatologia all'Istituto Gaslini (23 posti letto ordinari + 1 posto letto DH);
- ▣ conversione dei posti letto di Cure intermedie di Levante in Ospedale di Comunità. (16 p.l)

Posti Letto al 01/12/2022 per reparto – Stabilimento Sant'Andrea

Cod. disciplina	Stabilimento Sant'Andrea Struttura	Posti letto		
		Degenza ordinaria	Day hospital	Day surgery
09	SC CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA'	16		1
12	CHIRURGIA PLASTICA	1		1
13	SSD CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE	3		
14	SC CHIRURGIA VASCOLARE	7		1
24	SC MALATTIE INFETTIVE	0	1	
24	MALATTIE INFETTIVE COVID	0	0	
26	SC MEDICINA INTERNA I	41	1	
29	SC NEFROLOGIA E DIALISI	8	1	
31	SSD NEONATOLOGIA			
32	SC NEUROLOGIA	12	1	
35	SC ODONTOIATRIA			2
36	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36		
37	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA (OSTETRICIA)	15	1	1
37	GINECOLOGIA	4		1
38	SC OTORINOLARINGOIATRIA	5		1
40	SC SPDC	21	1	
49	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10		
49	UTI SP COVID	1		

50	SC CARDIOLOGIA UTIC	7		1
51	SC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	10		
56	RIABILITAZIONE PSICHIATRICA		2	
56	RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	1		
58	SC GASTROENTEROLOGIA			1
61	SC MEDICINA NUCLEARE	1	1	
64	SC ONCOLOGIA	8	16	
43	SC UROLOGIA	4		
94	TERAPIA SUBINTENSIVA COVID SP	1		
08	CARDIOLOGIA	3		
	Totale	215	25	10

Fonte: Flusso Posti Letto

Posti Letto al 01/12/2022 per reparto – Stabilimento San Bartolomeo

Stabilimento San Bartolomeo Sarzana		Posti Letto		
Cod. Disciplina	Struttura	Degenza ordinaria	Day hospital	Day surgery
08	SC CARDIOLOGIA	12	1	
09	SSD CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA	4		1
12	SSD CHIRURGIA PLASTICA	0		1
13	SSD CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE	0		
14	CHIRURGIA VASCOLARE			1
21	SC GERIATRIA	16		
21	GERIATRIA COVID	8		
26	SC MEDICINA INTERNA II	26	1	
26	'MEDICINA INTERNA II COVID	20		
26	SSD MEDICINA MULTISPECIALISTICA	24		
34	SC OFTALMOLOGIA	1		1
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4		1
43	SC UROLOGIA	8		1
49	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	0		
49	UTI SZ COVID	0		
56	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	6	2	
60	CURE INTERMEDIE	0		
64	ONCOLOGIA		1	
68	SC PNEUMOLOGIA	20	1	
68	PNEUMOLOGIA COVID	0		
26	MEDICINA COVID (EX CARDIOLOGIA)	0		
26	MEDICINA MULTISPECIALISTICA COVID	0		
94	TERAPIA SUBINTENSIVA COVID	0		
96	TERAPIA DEL DOLORE		1	
24	MALATTIE INFETTIVE COVID	22	1	
24	MALATTIE INFETTIVE	0	2	
	Totale	171	10	6

Fonte: Flusso Posti Letto

L'anno 2022 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a 2502 dipendenti (di cui 2262 dipendenti a tempo indeterminato, 145 dipendenti a tempo determinato, 95 Medici SUMAI) e con un bilancio positivo (443 assunzioni di cui 329 dipendenti a tempo indeterminato e 114 dipendenti a tempo determinato versus 233 cessazioni di cui 170 dipendenti a tempo indeterminato e 63 a tempo determinato).

Per la medicina generale e la pediatria a libera scelta si è registrata invece una flessione del numero di medici per cui è stato necessario aumentare il tetto di assistiti per ciascun medico.

6.2 la Produzione

6.3 Area Ospedaliera

L'anno 2022 è stato caratterizzato dalla ripresa dell'attività ospedaliera dopo la pandemia Covid-19. L'attività di ricovero è stata caratterizzata dalla ripresa dell'attività dell'area medica con una produzione sovrapponibile alla produzione del 2019. In ambito chirurgico, invece, si registra ancora un gap del 23% rispetto al 2019 per i ricoveri ordinari. La riduzione della casistica chirurgica diurna, infine, è riconducibile anche ad una ricerca di appropriatezza almeno per alcuni Mdc.

Trend Ricoveri ASL5 per MDC Major Diagnostic Category

Anno	Ricoveri			Trend	
MDC	2019	2021	2022 (proiezione)	Δ2022 v 2019	Δ2022 v 2021
O1 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO	1.351	1.023	1.151	-15%	12%
O2 - MALATT. DELL'OCCHIO	445	458	405	-9%	-11%
O3 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA	1.009	693	365	-64%	-47%
O4 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.	3.155	3.053	3.087	-2%	1%
O5 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.	3.214	2.469	2.823	-12%	14%
O6 - MALATT. APPARATO DIGERENTE	1.809	1.292	1.597	-12%	24%
O7 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS	1.044	823	969	-7%	18%
O8 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.	2.369	1.621	1.699	-28%	5%
O9 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAMMELLA	691	565	471	-32%	-17%
10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ	327	175	185	-43%	6%
11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE	1.691	1.242	1.528	-10%	23%
12 - MALATT. RIPRODUTT. MASCHILE	365	325	345	-5%	6%
13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.	525	310	299	-43%	-4%
14 - GRAVIDANZA,PARTO,PUERPERIO	1.428	1.286	1.179	-17%	-8%
15 - MALATT. PERIODO NEONATALE	176	169	149	-15%	-12%
16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN	304	211	172	-43%	-18%
17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE	1.181	1.036	831	-30%	-20%
18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE	863	1.056	1.595	85%	51%
19 - MALATT. MENTALI	558	453	491	-12%	8%
20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI	124	129	128	3%	-1%
21 - TRAUM/AVVELEN/INTOSS FARMAC	127	114	139	9%	22%
22 - USTIONI	1	1	1	33%	33%
23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE	121	155	137	13%	-11%
24 - TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICAT.	48	35	39	-19%	10%
25 - INFEZIONI DA H.I.V.	5	4	7	33%	67%
NA -			1	\	\
PR - PRE-MDC	28	40	19	-33%	-53%
Totale	22.959	18.738	19.811	-14%	6%

Fonte: Datawarehouse Regionale

Nei 12 mesi del 2022 il Sistema dell'emergenza (Pronto Soccorso) dell'Asl 5 ha processato 73.402 accessi, il 55%

dei casi sono stati gestiti dal PS di La Spezia, il 35% dal PS di Sarzana (dettagli consultabili nella tabella successiva).

Accessi Pronto Soccorso ASL5 - 12 mesi 2022

PRONTO SOCCORSO DI ACCETTAZIONE	N° Accessi
PS - LA SPEZIA	40.440
PS - LEVANTO	3.213
PS - SARZANA	25.339
PSPEDIATRICO	4.410
Totale Accessi	73.402

Fonte: Flusso PS

Nel corso del 2022 è opportuno ricordare l'implementazione dei Fast track secondo indicazioni di Alisa relativamente a "Gestione dei percorsi (con particolare riferimento al sovraffollamento del PS)"².

Con il supporto metodologico del Risk Management sono stati attivati 3 nuovi fast-track ed esteso all'area ginecologica il fast-track ostetrico. Sono stati gestiti con modalità Fast track circa il 3% degli accessi del PS di Sarzana e il 4-5% degli accessi del PS di La Spezia.

Area specialistica ambulatoriale

Nonostante le difficoltà sperimentate, nel 2022 la specialistica ambulatoriale ha subito una ripresa rispetto al 2021 (+9% in termini di prestazioni) seppur rimanendo al di sotto degli standard del 2019. La seguente tabella riporta il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dai presidi di ASL5, sia ospedalieri che territoriali che privati accreditati.

Trend prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate (strutture ospedaliere, territoriali e private accreditate) per classe prestazione

Codice classe regionale	Prestazioni			Trend	
	2019	2021	2022 (proiezione)	Δ 2022 v 2019	Δ 2022 v 2021
*-NON SIGNIFICATIVO	4		1	-70%	
0101-VISITA GENERALE E SPEC.	246.224	182.276	194.908	-21%	7%
0201-LABORATORIO: PRELIEVI	186.773	135.894	152.536	-18%	12%
0202-LABORATORIO: CHIMICA CLINICA	1.284.631	1.218.658	1.360.627	6%	12%
0203-LABORATORIO: MICROBIOLOGIA	78.165	60.286	63.901	-18%	6%
0204-LABORATORIO: TRASFUSIONALE	357.107	334.340	358.547	0%	7%
0205-ESAMI CITOLOGICI	25.376	21.950	22.574	-11%	3%
0206-BIOPSIE	10.975	8.957	9.362	-15%	5%
0301-RADIOLOGIA (TRAD, CONTRASTO, TOMOGRAFIA)	71.905	48.596	64.444	-10%	33%
0302-TAC	10.244	10.307	11.188	9%	9%
0303-RISONANZE MAGNETICHE	8.680	9.381	9.235	6%	-2%
0304-ECOGRAFIE	50.961	41.033	40.942	-20%	0%
0501-ESAMI CARDIOLOGICI	38.788	22.893	23.004	-41%	0%
0502-ESAMI NEUROLOGICI	12.148	7.520	10.315	-15%	37%
0503-ESAMI PNEUMOLOGICI	7.720	5.353	7.264	-6%	36%
0504-ESAMI OTORINOLARINGOIATRICI	8.369	8.468	7.520	-10%	-11%
0505-ESAMI OCULISTICI	6.097	4.032	3.888	-36%	-4%
0506-ESAMI UROLOGICI	2.125	1.626	2.063	-3%	27%

O508- TEST DERMATOLOGICI	1.306	860	847	-35%	-1%
O509- ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	5.568	4.376	4.393	-21%	0%
O601- RADIOTERAPIA	25.292	25.003	25.522	1%	2%
O602- MEDICINA NUCLEARE	4.018	3.648	3.700	-8%	1%
O603- TRATTAMENTI FARMACOLOGICI	42.988	30.099	34.232	-20%	14%
O604- TRATTAMENTI TRASFUSIONALI	2.127	1.943	1.811	-15%	-7%
O605- TRATTAMENTI ANALGESICI	7.046	4.143	4.126	-41%	0%
O606- ESAMI E PROC. OSTETRICO-GINECOL.	1.285	1.250	1.294	1%	3%
O701- INTERVENTI CHIRURGICI	24.913	15.899	18.834	-24%	18%
O702- INTERVENTI OCULISTICI	3.834	4.369	4.043	5%	-7%
O703- INTERVENTI OTORINOLRANGOIATRICI	457	297	530	16%	79%
O704- INTERVENTI UROLOGICI	2.351	1.966	2.059	-12%	5%
O705- INTERVENTI ORTOPEDICI	21.882	16.858	18.500	-15%	10%
O707- ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	766	894	788	3%	-12%
O801- INTERVENTI ODONTOIATRIA: INTERVENTI	4.847	3.062	3.470	-28%	13%
O802- INTERVENTI ODONTOIATRIA: PROTESICA			1		
O803- INTERVENTI CHIR. MAXILLO FACCIALE	11	7	14	31%	106%
O901- RIABILITAZIONE FISICA	149.217	135.113	132.278	-11%	-2%
O902- TRATTAMENTI RIAB. CON STRUMENTI	35.619	27.816	26.480	-26%	-5%
O903- RIABILITAZIONE PSICOLOGICA	16.983	17.112	15.881	-6%	-7%
O904- ALTRI TRATTAMENTI RIABILITATIVI	13.872	17.186	15.924	15%	-7%
1001- DIALISI	25.440	19.825	23.501	-8%	19%
1002- PROCEDURE LEGATE ALLA DIALISI	12.156	9.250	12.451	2%	35%
Totale	2.808.270	2.462.546	2.692.999	-4%	9%

Fonte: Fonte DWH prestazioni erogate con canale di accesso: ricetta SSN e accesso diretto

Area Territoriale

Prese in carico cure domiciliari : trend 2019- 2022

Cure domiciliari	2019	2021	2022
Prese in carico	262	3.078	3.474
Prese in carico (over 65)	55	361	485
Popolazione Istat over 65 (per il 2019 si è utilizzata la popolazione 2021)	60.370	60.370	58.377
Rapporto PIC e popolazione over 65	0,34%	4,50%	5,12%

Fonte: Fonte SPD

Prese in carico cure domiciliari per distretto: trend 2019- 2022

		2019	2021	2022
Distretto 17	Pic over 65	23	446	476
	Popolazione target (per il 2019 si è utilizzata la popolazione 2021)	11.419	11.419	11.042
	Rapporto PIC e popolazione over 65	0,2%	3,9%	4,3%
Distretto 18	Pic over 65	93	1.210	1.792
	Popolazione target (per il 2019 si è utilizzata la popolazione 2021)	29.876	29.876	28.890
	Rapporto PIC e popolazione over 65	0,3%	4,1%	6,2%
Distretto 18	Pic over 65	91	1.061	1.206
	Popolazione target (per il 2019 si è utilizzata la popolazione 2021)	19.075	19.075	18.445
	Rapporto PIC e popolazione over 65	0,5%	5,6%	6,5%

Prese in carico cure palliative : trend 2019- 2022

Cure Palliative	2019	2021	2022
Prese in carico	6	234	233
Prese in carico (over 65)	2	34	40

Popolazione Istat over 65 (per il 2019 si è utilizzata la popolazione 2021)	60.370	60.370	58.377
Rapporto PIC e popolazione over 65	0,01%	0,33%	0,33%

Fonte: Fonte SPD

Per quanto riguarda l'Hospice, nel 2022, i 10 posti letto sono stati occupati all'86%, il 64% dei pazienti è stato inviato dall'Ospedale. La degenza media è stata di circa 20 giorni (per dettagli si veda la tabella successiva).

Attività dell'Hospice – anno 2021- 2022

S.S.D. CURE PALLIATIVE E HOSPICE	2021	2022
Posti Letto	10	10
Ricoveri	121	151
Giorni di degenza	2.564	3.137
Provenienza ospedale	81	97
% pazienti provenienti da ospedale	67%	64%
Provenienza domicilio	40	54
Degenza media in Hospice	21,19	20,77
Tasso Occupazione PL in Hospice	70,25%	85,95%
N. Pazienti in dimissione protetta	8	8
% Pazienti deceduti in Hospice	93,39%	94,70%

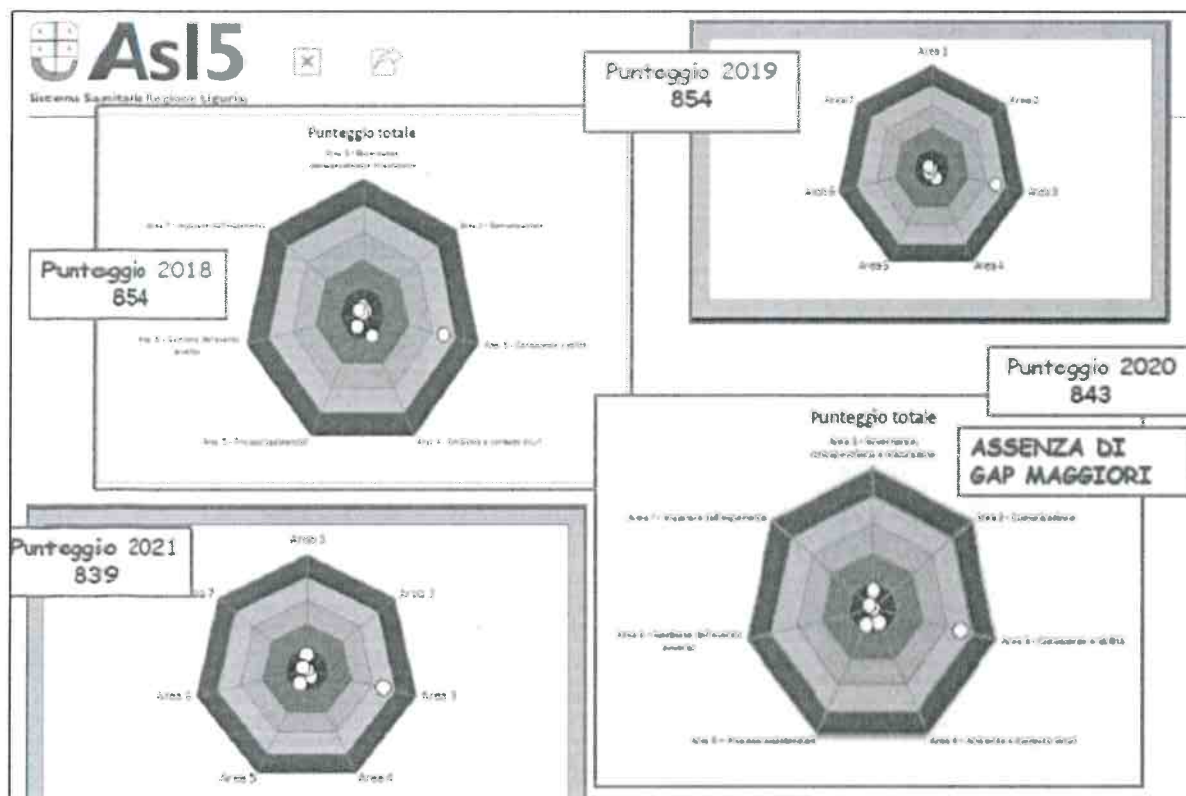
Fonte: Dati forniti da S.S.D. Cure Palliative e Hospice

7. I risultati della Autovalutazione delle attività di Gestione del Rischio Clinico (CARMINA)

7.1 Risultati ANNO 2022

La autovalutazione CARMINA ha evidenziato assenza di gap maggiori e un punteggio complessivo pari a 854.

Le attività di gestione del rischio sanitario hanno consentito di raggiungere il cuore del bersaglio in tutte le aree ad eccezione dell'Area 3. Conoscenze e abilità per la mancanza della definizione del profilo di competenze e della valutazione annuale delle competenze personale medico, dirigenza sanitaria, personale infermieristico, tecnico, amministrativo nella maggior parte delle strutture, dove comunque si è assistito a un significativo miglioramento rispetto agli anni precedenti. Nelle aree 1. Governance, consapevolezza e misurazione, 2. Comunicazione, 3. Conoscenze e abilità, 4. Ambiente e contesto sicuri, 5. Processi assistenziali sono stati rilevati solo gap minori; nelle aree 6. Gestione dell'evento avverso e 7. Imparare dall'esperienza nessun gap. Vedi Confronto esito CARMINA ultimi 5 anni nella pagina successiva.



Punteggio 2022 854	TOTALE		
Standard Minimi	Area del Miglioramento	Totale	
854	STANDARD MINIMI NON RAGGIUNTI IN TUTTE LE AREE	854	

**PIANO DELLE AZIONI E DEI
PROGETTI PER LA
SICUREZZA DEI PAZIENTI PER
IL BIENNIO 2023-24**

Premessa

La Gestione del Rischio Clinico è una funzione trasversale a tutte le articolazioni aziendali e come tale contribuisce, per quanto di competenza, ai processi clinico-assistenziali, ma anche a quelli gestionali.

Si riportano di seguito le attività previste per il 2023 e in parte per il 2024, derivate dal sistema Carmina e, come tali, presentate secondo la sua struttura. Alcune attività contrassegnate come O.B.2023 rappresentano anche obiettivi di budget della SC Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di gestione per l'anno 2023. Tali attività sono aggiuntive rispetto alle attività istituzionali di audit, gestione e analisi dei flussi sanitari correlati al rischio clinico, implementazione e monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali di sicurezza e delle buone pratiche per la sicurezza del paziente.

AREA 1. Area Governance, consapevolezza e misurazione OBIETTIVI: A. Garantire programmi strutturati di <i>bench-marking</i> al proprio interno e con altre aziende (es. accreditamenti di eccellenza, certificazioni, altri programmi) che coinvolgano oltre il 25% delle SC/SSD"
ATTIVITÀ 1 – Mantenimento attività di bench-marking con altre aziende sanitarie attraverso il Programma Nazionale Esiti e il Sistema di valutazione delle performance del Laboratorio MES della Scuola Superiore S. Anna ATTIVITÀ 2 – Creazione di un report qualità e sicurezza per ciascuna SC/SSD clinica
METODOLOGIA ➤ Analisi esiti ➤ Ciclo di miglioramento continuo
STRUMENTI ➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI ATTIVITÀ 1 – Produzione report
VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA' DMPO, Qualità e Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico, CCD, Direzione Sanitaria
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico
AREA 2. Comunicazione OBIETTIVI: A. Prevenire i rischi in categorie speciali di pazienti B. Mantenere attivo il coinvolgimento dei cittadini
ATTIVITÀ 1 – Incontri di co-producing con la comunità LGBTQIA+ ATTIVITÀ 2 - Organizzazione Campagne per la giornata mondiale dei pazienti e giornata mondiale Igiene delle mani
METODOLOGIA e STRUMENTI ➤ Focus group ➤ Gruppi di lavoro ad hoc

INDICATORI
ATTIVITÀ 1 – resoconto degli incontri
ATTIVITÀ 2 - contestualizzazione della Carta della qualità e sicurezza delle cure, promossa da FIASO e Cittadinanzattiva; organizzazione ciclo di incontri con la popolazione sui temi della salute e della sanità; produzione di materiale destinato alla popolazione
VALORE ATTESO
Non applicabile
RESPONSABILITÀ
Gestione del Rischio Clinico e altre SC/SSD interessate
COMUNICAZIONE
Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 2: Comunicazione
OBIETTIVI:
A. Migliorare la qualità e l'accuratezza della compilazione della documentazione clinica durante il ricovero, anche in vista del completamento dell'informatizzazione
B. Migliorare l'efficacia della comunicazione e del trasferimento delle informazioni all'interno del team di cura
ATTIVITÀ 1 – Revisione e razionalizzazione cartella clinica in vista dell'informatizzazione
METODOLOGIA E STRUMENTI
➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI
ATTIVITÀ 1 – Consegna relazione attività svolte nel 2022 entro 31/12/2023
ATTIVITÀ 2 - Report valutazione software di cartella clinica elettronica
VALORE ATTESO
Non applicabile
RESPONSABILITÀ
Gestione del Rischio Clinico, DMPO, SC Pianificazione e Qualità, Accreditamento, Formazione, SC Professioni Sanitarie, Sistemi Informativi Aziendali (SIA)
COMUNICAZIONE
Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 2. Comunicazione
OBIETTIVI:
A. assicurare informazione strutturata e documentata (oltre al consenso informato) sui rischi più rilevanti nell'ottica della sicurezza del paziente
ATTIVITÀ 1 – Revisione brochure informativa per pazienti infetti/colonizzati da Candida auris
ATTIVITÀ 2 – Revisione opuscolo informativo per i pazienti candidati ad intervento chirurgico
ATTIVITÀ 3- Sperimentazione di un braccialetto per l'identificazione dei principali rischi per la sicurezza del paziente, basato sul codice colore
METODOLOGIA e STRUMENTI
➤ Gruppo di lavoro ad hoc
INDICATORI
ATTIVITÀ 1 – Produzione documento e sua diffusione
ATTIVITÀ 2 - Produzione documento e sua diffusione
ATTIVITÀ 3 – Risultati della sperimentazione
VALORE ATTESO
Non applicabile
RESPONSABILITA'
Gestione del Rischio, SC Professioni Sanitarie, DMPO, Pre-ricovero chirurgico, CIO, SC Pianificazione organizzativa, Qualità e Accreditamento, Formazione, SC Medicina Interna 2
COMUNICAZIONE
Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 3. Conoscenze e Abilità
OBIETTIVI:
A. Contribuire a colmare la carenza: “mancanza della definizione del profilo di competenze e della valutazione annuale delle stesse nel personale medico, dirigente non medico, infermieristico, tecnico, amministrativo in oltre il 25% delle SS.CC.”
ATTIVITÀ 1 – Promuovere entro la fine del 2024 l'attivazione del gruppo di lavoro dedicato
METODOLOGIA e STRUMENTI
➤ Lavoro di gruppo ad hoc
INDICATORI
ATTIVITÀ 1 – Attivazione gruppo di lavoro
VALORE ATTESO
Non applicabile
RESPONSABILITA'
Gestione del Rischio Clinico, SC Gestione Risorse Umane, SC Professioni Sanitarie, SC Pianificazione e Qualità, Accreditamento, Formazione, Direzione Sanitaria
COMUNICAZIONE
Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 4. Ambiente e contesto sicuri
OBIETTIVI:
A. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la salvaguardia della sicurezza ambientale
B. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la salvaguardia della sicurezza degli operatori sanitari
ATTIVITÀ 1 – Implementazione IO Monitoraggio trasporti interni
ATTIVITÀ 2 – Analisi criticità trasporti interni
ATTIVITÀ 3 – Produzione cartellonistica di sensibilizzazione anti-violenza dell'utenza
METODOLOGIA e STRUMENTI
➤ Focus group
INDICATORI
ATTIVITÀ 1 – verbale incontro
ATTIVITÀ 2 – Report dell'analisi
VALORE ATTESO
Non applicabile
RESPONSABILITA'
Gestione del Rischio Clinico, DMPO, SC Pianificazione e Qualità, Accreditamento, Formazione, SC Professioni sanitarie non mediche, ditta trasporti intraospedalieri, Medicina Preventiva, URP
COMUNICAZIONE
Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

AREA 5. Processi assistenziali
OBIETTIVI:
A. Garantire la sicurezza dei pazienti attraverso la progettazione di percorsi assistenziali sicuri e il loro monitoraggio
ATTIVITÀ 1 – Elaborazione Buona Pratica su gestione delirium e prevenzione della contenzione e diffusione a mezzo di incontri con il personale (O.B.2023)
ATTIVITÀ 2 – Elaborazione/revisione IO sicurezza in sala operatoria e diffusione a mezzo incontri in presenza con il personale del BO e del dip. chirurgico (O.B. 2023)
ATTIVITÀ 3 – Supporto metodologico nell'elaborazione PDTA Sindromi coronariche acute (OB 2023)
ATTIVITÀ 4 – Programma di sorveglianza della ferita chirurgica (OB 2023)
ATTIVITÀ 5 - Supporto metodologico nell'elaborazione PDTA Mesotelioma pleurico (OB 2023)
ATTIVITÀ 6- Progetto biennale di miglioramento della gestione della sepsi in ospedale (O.B.2022-23)
ATTIVITÀ 7 - Valutazione proattiva mediante tecnica FMECA del processo di televisita
ATTIVITÀ 8 – Revisione modello documentazione sanitaria prestazioni oculistiche e hospice
ATTIVITÀ 9 – Supporto alla elaborazione delle Istruzioni operative e all'attivazione del percorso di fast-track urologico
ATTIVITÀ 10 – Revisione Protocollo aziendale Candida auris e accoglienza vittime di violenza
METODOLOGIA e STRUMENTI
➤ Gruppi di lavoro ad hoc
➤ Incontri di formazione/informazione
➤ FAD
INDICATORI
ATTIVITÀ 1 – Pubblicazione documento e firme di presenza agli incontri
ATTIVITÀ 2 – Pubblicazione IO e firme di presenza agli incontri
ATTIVITÀ 3-5 Verbalì degli incontri e pubblicazione dei documenti
ATTIVITÀ 4 – inserimento dati su Helicswin
ATTIVITÀ 6 – Erogazione FAD
ATTIVITÀ 7 - Report FMECA
ATTIVITÀ 8 – Produzione modelli
ATTIVITÀ 9 - Produzione Istruzioni operative e dei percorsi di fast-track urologico
ATTIVITÀ 10 –Produzione e diffusione dei documenti

VALORE ATTESO Non applicabile
RESPONSABILITA' Gestione del Rischio Clinico, SC Professioni sanitarie, SC Pianificazione e Qualità, Accredитamento, Formazione, Comitato infezioni ospedaliere, DMPO, Privacy, Hospice, S.C. Oculistica, Blocco operatorio, SSCC/SSD dipartimenti ospedalieri
COMUNICAZIONE Relazione Annuale Attività di Gestione del Rischio Clinico

ATTIVITA' FORMATIVE PREVISTE PER IL 2022 in MATERIA DI RISCHIO CLINICO

Nel piano della formazione per il 2023 l'attività di formazione in materia di rischio clinico prevede:

- Corso FAD sulle basi della gestione del rischio clinico per 1000 operatori sanitari
- Corso FAD sulla sepsi per 1000 operatori sanitari
- Corso in presenza sul piano pandemico aziendale per coordinatori e incarichi di funzione organizzativa
- Intervento nel corso per i Neoassunti

La Spezia, 21/8/2023



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